

Parkinsonin tautia sairastavan potilaan hoitotyö -verkkokurssin toteuttaminen

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Sairaanhoitaja, amk
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Opinnäytetyö
Syksy 2016
Anita Paloneva

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

PALONEVA, ANITA:

Parkinsonin tautia sairastavan potilaan hoitotyö -verkkokurssin toteuttaminen

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 40 sivua, 12 liitesivua

Syksy 2016

TIIVISTELMÄ

Parkinsonin tauti on maailmanlaajuinen sairaus, johon Suomessa sairastutaan keskimäärin 62 – 65-vuotiaana. Parkinsonin tauti on oirekuvaltaan hyvin moninainen sairaus. Tauti ja sen oireet ovat haasteellisia potilaalle ja hänen läheisilleen. Kyseessä on etenevä sairaus, mikä tarkoittaa, että oireet pahenevat ajan mittaan. Parkinsonin tauti vaikuttaa potilaan terveyteen fyysisesti, henkisesti ja sosiaalisesti. Tämä opinnäytetyö käsittelee parkinsonismin yleisintä muotoa primaarista parkinsonismia eli Parkinsonin tautia ja sen hoitotyötä.

Opinnäytetyö on toiminnallinen, ja sen tuotoksena tehtiin verkkokurssi Lahden ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoille. Kurssimateriaali on hyödynnettävissä muissakin yhteyksissä, esimerkiksi hoivayksikön henkilöstökoulutuksissa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on verkkokurssin avulla antaa sairaanhoitajaopiskelijoille tietoa Parkinsonin taudista ja sen hoitotyöstä. Työ toteutettiin keräämällä tietoa pääosin luotettavista lähteistä. Verkkokurssin luentomateriaali tehtiin opinnäytetyön teoriaosan pohjalta. Ensimmäinen osa luentomateriaalista sisältää teoriaa Parkinsonin taudista ja sen hoidosta lääketieteellisin keinoin. Luentomateriaalin keskeisin osa on kuitenkin osio Parkinson-potilaan hoitotyöstä. Auditivista opiskelijaa ajatellen teoriaosuudesta tehtiin äänitiedostot. Lisäksi kurssialustalle linkitettiin Parkinsonin tautiin liittyviä internetissä vapaasti käytettäviä videoita. Aiheesta enemmän kiinnostuneelle tehtiin oma osio, johon lisättiin myös muutama linkki yleishyödyllisille internet-sivustoille. Kurssi sisältää myös verkossa tehtävän osaamisen testin.

Asiasanat: Parkinsonin tauti, hoitotyö, verkkokurssi, verkko-opetus

Lahti University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

PALONEVA, ANITA:

Nursing people with Parkinson's disease – actualizing an online course

Bachelor's Thesis in Nursing

40 pages, 12 pages of appendices

Autumn 2016

ABSTRACT

Parkinson's disease is a worldwide disease – in Finland the average age of diseased is 62 – 65 years. A wide range of symptoms have an impact not only on patient's, but also on his/her family's lives. As a progressive disease the symptoms of Parkinson's disease continue and worsen over time. It affects the patient's physical, mental and social health. Parkinson's disease is the most common form of parkinsonism and the thesis considers only about Parkinson's disease and how to nurse people affected by it.

This is a functional thesis and the output of it is an online course created for nursing students in Lahti University of Applied Sciences. It is possible to utilize the course material also in other occasions, for instance for care unit's personnel training.

The purpose of this thesis is to provide information about Parkinson's disease and how to nurse people with Parkinson's disease. The information used in the thesis was collected mainly from trusted sources. The course material consists of lecture material and free internet links to video clips concernig about Parkinson's disease. The lecture material is based on the theory section of the thesis. The theory consists of Parkinson's disease and its' medical treatment. Yet the essence of the theory is the information of nursing people with Parkinson's disease. The online course also includes audible versions of the lecture material and an online test. There is also a section of further information about Parkinson's disease but also including internet links to beneficial pages.

Key words: Parkinson's disease, nursing, online course, e-learning

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	2
3	PARKINSONIN TAUTI	3
3.1	Oireet	4
3.2	Diagnosointi	5
4	LÄÄKETIETEELLINEN HOITO	6
4.1	Varhaisvaiheen hoito	7
4.2	Keskivaiheen hoito	7
4.3	Edenneen taudin hoito	8
4.4	Ei-motoristen oireiden hoito	9
5	PARKINSONIN TAUDIN HOITOTYÖ	12
5.1	Lääkehoidon ohjaus	12
5.2	Motoristen oireiden hoitotyö	13
5.3	Ei-motoristen oireiden hoitotyö	14
5.3.1	Neuropsykiatristen oireiden hoitotyö	14
5.3.2	Nielemisvaikeudet	15
5.3.3	Ortostaattinen hypotensio	16
5.3.4	Muut ei-motoriset oireet ja niiden hoitotyö	17
5.4	Kuntoutus ja liikunta	18
5.5	Palliativinen hoito	20
6	PARKINSON-POTILAAN HOITOPOLKU	22
7	VERKKO-OPETUS JA -OPPIMINEN	23
7.1	Opetuksen suunnittelu	23
7.2	Verkkokurssin tekeminen	25
7.3	Sisällön tuottaminen	26
8	OPINNÄYTETYÖPROSESSI	28
8.1	Tiedonhaku	28
8.2	Tuotoksen kuvaus	29
8.3	Tuotoksen arviointi	32
9	OPINNÄYTETYÖN ARVIOINTI	33
9.1	Pohdinta	33

9.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	34
9.3	Tuotoksen hyödyt ja jatkotutkimusideat	35
LÄHTEET		36
LIITTEET		41

1 JOHDANTO

Parkinsonin tauti tunnetaan yleisesti nimeltä sekä tautiin liittyvien keskeisimpien oireiden osalta. Vapina ja huono liikuntakyky ovat asioita, joita moni hoitaja osaa yhdistää kyseiseen tautiin. Parkinsonin taudista on kirjoitettu maailmalla jo 1600-luvun lopulla ja suomen kielelläkin 1800-luvun lopulla (Kaakkola 2016). Eräs sveitsiläinen tutkijaryhmä kirjoittaa, että tilastoennusteiden mukaan Parkinsonin tautiin sairastuvien määrä tulee Länsi-Euroopassa kaksinkertaistumaan vuoteen 2030 mennessä (Wosinski, Delmas, Bouwers, Stormacq & Kiszio 2015, 15). Tuo ennuste tulee näkymään Suomessakin, minkä vuoksi taudin tietoisuutta olisi hyvä lisätä hoitotyössä.

Hoitotyön koulutusohjelmassa parkinsonismia sairastavan hoitotyö on ollut vähäistä. Pitkäaikaissairauksia sairastavan potilaan hoitotyö -moduuli on sisältänyt tavallisimpia ja keskeisimpiä pitkäaikaissairauksia. (LAMK 2014.) Parkinsonin taudista olisi kuitenkin hyvä tietää perusasiat, sillä sairaanhoidon opiskelija tai valmis sairaanhoitaja on hyvin todennäköisesti joskus tekemisissä Parkinson-potilaan kanssa. Taudin hoito edellyttää kokonaisvaltaista hoitoa, jolloin potilaan ohjaaminen moniammatillisen hoidon piiriin on tärkeää. Sairaanhoitajan rooli korostuu ohjaamisessa ja tiedottamisessa, mikä vaatii hyvää yleistietoa taudista. Hyvä ohjaus tukee omatoimisuuden ylläpitämistä, joka on Parkinson-potilaille tärkeä. Iso osa potilaista pystyykin asumaan kotonaan vielä pitkän sairastamisen jälkeen (Toljamo, Hentinen, Jämsä, Heikkinen, Hiltunen & Järvinen 2003, 256).

Sairaanhoitajalla on merkittävä rooli myös Parkinsonin tautia sairastavan potilaan lääkehoidon toteuttamisessa. Lääkkeiden ottamisen oikea-aikaisuus on oleellista potilaan motoristen oireiden minimoinnin kannalta, etenkin taudin keskivaiheen lääkehoidossa. Myös ravinnon valkuaisen määrän tulisi olla mahdollisimman alhainen lääkkeenottoaikaan, samalla kuitenkin riittävästä päivittäisestä valkuaisen määrästä on pidettävä huolta (Lindahl & MacMahon 2011, 852 – 853; Nevalainen 2014.) Sairaanhoitajan on hyvä tuntea sairauden eri vaiheet ja oleellisimmat asiat sairauden eri vaiheiden mukaisesta hoidosta.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Vilkan ja Airaksisen (2003, 9) mukaan toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen ammatillisesti hyödynnettäväksi. Tyypiesimerkkejä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusalaan soveltaen muun muassa perehdyttämisopas tai -kansio.

Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää hoitotyön opiskelijan tiedollista osaamista Parkinson-potilaan hoitotyössä. Osaaminen näkyy parempina käytännön taitoina sekä syvällisempänä ymmärryksenä potilaan ja hänen läheisensä arjen haasteista. Lisäksi tarkoituksena on edistää moniammatillista yhteistyötä sekä parantaa Parkinson-potilaiden hoidon laatua ja vaikuttavuutta.

Opinnäytetyön tavoite on tuottaa hoitotyön opiskelijoille verkkokurssi, joka käsittelee Parkinsonin tautia sairastavan potilaan hoitoa ja hoitotyötä.

Verkkokurssi on yhden opintopisteen laajuinen Moodle-oppimisympäristössä tapahtuva kokonaisuus, jolla halutaan edistää Parkinson-potilaan hoitotyön osaamista.

3 PARKINSONIN TAUTI

Parkinsonin tauti on hitaasti etenevä neurologinen sairaus, jonka aiheuttajaa ei tiedetä. Taudin motoriset oireet johtuvat aivojen mustatumakkeen (substantia nigra) dopamiinihermosolujen tuhoutumisesta. Tauti etenee todennäköisesti pitkään ilman selkeitä oireita (prekliininen vaihe), ja varsinaiset kliiniset oireet ilmaantuvat, kun aivojen dopamiinipitoisuus on vähentynyt 60 – 80 % normaalista. Kliinisten oireiden lisäksi esiintyy autonomisen hermoston toimintahäiriöistä johtuvia ei-motorisia oireita sekä kognitiivisia muutoksia. (Atula 2015; Parkinsonin tauti 2015; Marttila 2009.) Alhainen dopamiini-taso heikentää tahdonalaisten liikkeiden, asennon ja lihasjänteyden säätelyä. Taudin kuva on hyvin vaihteleva ja se etenee yksilöllisesti, minkä vuoksi taudin kulkua on vaikea ennustaa. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2014.) Se kuitenkin tiedetään, että mitä iäkkäämpänä sairastuu Parkinsonin tautiin, sitä nopeammin motoriset oireet etenevät. Myös taudinkuva ilman vapinaa ja potilaan huono vaste levodopa-lääkkeeseen ovat ennuste motoristen oireiden tavallista nopeampaan etenemiseen. Parkinsonin tautiin sairastuneen elinikä on odotetusti lyhempi saman ikäiseen muuhun väestöön verrattuna. (Parkinsonin tauti 2015.)

Parkinsonin tauti on maailmanlaajuinen sairaus. Se on keski- ja vanhuusiän sairaus, johon Suomessa sairastutaan keskimäärin 62 – 65-vuotiaana. Tautiin sairastutaan harvoin ennen 40 vuoden ikää, eniten sitä sairastetaan 70 – 79-vuoden iässä. Noin yksi sadasta 70-vuotiaasta sairastaa Parkinsonin tautia. Miehet sairastavat sitä hieman enemmän kuin naiset. Tauti voi olla myös periytyvää. Geenivirheiden yleisyyttä Suomessa ei ole voitu tarkemmin määrittää, ja geenitestejä tehdään harkinnanvaraisesti. Esimerkiksi alle 40-vuotiaana tautiin sairastuneelle voidaan tehdä geenitesti. Myös ympäristötekijöiden osuutta on selvitetty, mutta toistaiseksi esimerkiksi ilmansaasteiden vaikutuksista taudin kehittymiseen ei ole kyetty todentamaan. Parkinsonin tautiin sairastumista ei voida ehkäistä eikä sen toteamiseen ole seulontamenetelmiä. (Parkinsonin tauti 2015; Marttila 2009.)

Tämä opinnäytetyö käsittelee parkinsonismin yleisintä muotoa primaarista parkinsonismia eli Parkinsonin tautia ja sen hoitotyötä.

3.1 Oireet

Parkinsonin taudin motoriset pääoireet ovat lepovapina, liikkeiden hidastuminen (bradykinesia), yleinen jäykkyys (rigiditeetti) ja tasapaino-ongelmat. Oireet ovat yleensä epäsymmetriset (toispuoliset) ja etenevät hitaasti. Taudin edetessä motoriset oireet muuttuvat molemminpuoliseksi. Tavallisesti ensimmäisenä oireena havaitaan käden tai sormien lepovapina. Ei-motoriset oireet ovat hyvin moninaiset ja ne voidaan jakaa viiteen ryhmään; neuropsykiatriset, unihäiriöt, autonomisen hermoston häiriöt, aistihäiriöt ja muut oireet. Tavallisia aistihäiriöitä ovat hajuaistin heikkentyminen ja kivut. Masennus, ahdistuneisuus, harhat ja impulsiivis-kompulsiiviset häiriöt ovat yleisiä neuropsykiatrisia oireita. Autonomisen hermoston häiriöistä virtsarakon toiminnan häiriöt ovat tavallisia. Myös kognitiivisia muutoksia esiintyy yleisesti. (Gordin & Kaakkola 2013; Parkinsonin tauti 2015; Kärppä 2009, 4346.) Ei-motoriset oireet voivat ilmetä jo vuosia ennen taudin diagnosointia ja ne voivat tulla vallitseviksi taudin edetessä. (Kärppä 2009, 4345; EPDA 2010). Näitä niin kutsuttuja premotorisia oireita voivat olla ummetus, hajuaistin heikentyminen, depressio, kipu, päiväväsymys ja REM-unen käytöshäiriöt (Lyytinen & Kaakkola 2008, 2813).

Parkinson-potilaan oireita voidaan kuvailla seuraavasti. Lepovapina alkaa yleensä toisesta kädestä ja sairauden pahentuessa vapina muistuttaa pillerin pyöritys -liikettä. Potilaan liikkuesssa lepovapinan määrä vähenee, mutta hermostuessa se vuorostaan lisääntyy. Bradykinesia näkyy liikkeelle lähtemisen vaikeutumisena, kaatumistaipumuksena ja kääntymisen vaikeudessa. Myös kasvot voivat olla ilmeettömät ja silmien räpsytys vähentyä. Rigiditeetti aiheuttaa muun muassa lihaskipua ja suonenvetoa. Lisäksi puhe voi olla monotonista, syljen valuminen on yleistä nielemisvaikeuksien vuoksi. Sairauden edetessä potilaan asento on etukumara sekä kävellessä että seisoessa. Neuropsykiatrisia oireita ovat muun muassa aloitekyvyt-

tömyys, selittämättömät itkukohtaukset ja hidastunut ajatuksenkulku. Autonomisen hermoston häiriöitä etsittäessä voidaan havaita ihon rasvoittumista ja voimakasta hikoilua sekä ortostaattista hypotoniaa. (Gordin ym. 2013; Nevalainen 2014.)

3.2 Diagnosointi

Diagnoosi perustuu neurologin tekemään kliiniseen tutkimukseen. Parkinsonin tauti on todennäköinen, jos potilaalla on vähintään kaksi taudin keskeistä oiretta. Diagnoosia tehtäessä on suljettava pois muut mahdolliset syyt, sillä esimerkiksi psykoosilääkkeitä käyttävälle potilaalle voi kehittyä lääkkeistä aiheutuvaa lääkeparkinsonismia. Muita parkinsonismiin kuuluvia muotoja ovat esimerkiksi vaskulaarinen parkinsonismi sekä Lewyn kappaletauti. Diagnoosin varmistamiseksi voidaan tarvittaessa käyttää kuvantamistutkimuksia, joista Suomessa on käytössä aivojen dopamiiniaineenvaihduntaa mittaava menetelmä (SPECT). (Parkinsonin tauti 2015; Nevalainen 2014.)

Parkinsonin taudin vaikeusasteen arvioimiseksi on kehitetty useita eri arviointiasteikkoja, joista käytetyimpiin kuuluu Fahnin ja Eltonin vuonna 1987 kehittämä UPDRS-asteikko (Unified Parkinson's Disease Rating Scale). Asteikko koostuu kolmesta osasta: henkinen suoriutumiskyky, käyttäytyminen ja mieliala, päivittäiset toiminnot sekä motoriikka. Asteikkoa voidaan hyödyntää apuna esimerkiksi uuden hoidon aloittamisen selvittämiseksi. (Heikkinen, Erola, Tuominen, Juolasmaa, Haapaniemi & Myllylä 2004.) Melvin Yahr ja Margaret Hoehn kehittivät vuonna 1967 asteikon, jossa he kuvailevat Parkinsonin taudin eri vaiheita. Asteikko tunnetaan kehittäjiensä mukaan nimellä Yahrin ja Hoehnin asteikko. Alkuperäistä viiden tason asteikkoa on myöhemmin täydennetty kolmella tasolla. Mukaillun asteikon mukaan taso 0 on uusi taso, ja tällä tasolla ei ole vielä nähtävissä sairauden oireita. Tasolla 1 on vain yksipuoleisia oireita ja tasolla 3 taudin oireet ovat lieviä tai keskivaikeita, mutta potilas on fyysisesti itsenäinen. Taso 5 on korkein taso, ja tällä tasolla potilaat käyttävät pyörätuolia tai ovat vuodepotilaita. (Järvinen 2012, 25 – 26.)

4 LÄÄKETIETEELLINEN HOITO

Parkinsonin taudin motoristen oireiden lääkehoito aloitetaan, kun potilas kokee oireet haitallisiksi. Lääkkeillä voidaan lievittää oireita, mutta ei parantaa sairautta tai ehkäistä sen etenemistä. Lääkkeiden valintaan vaikuttavat muun muassa potilaan ikä, oireet, muut sairaudet ja lääkitykset. Lääkehoito jatkuu potilaan koko loppuelämän. Keskeinen lääke on levodopa yhdistelmiseen. (Parkinsonin tauti 2015; Nevalainen 2014.)

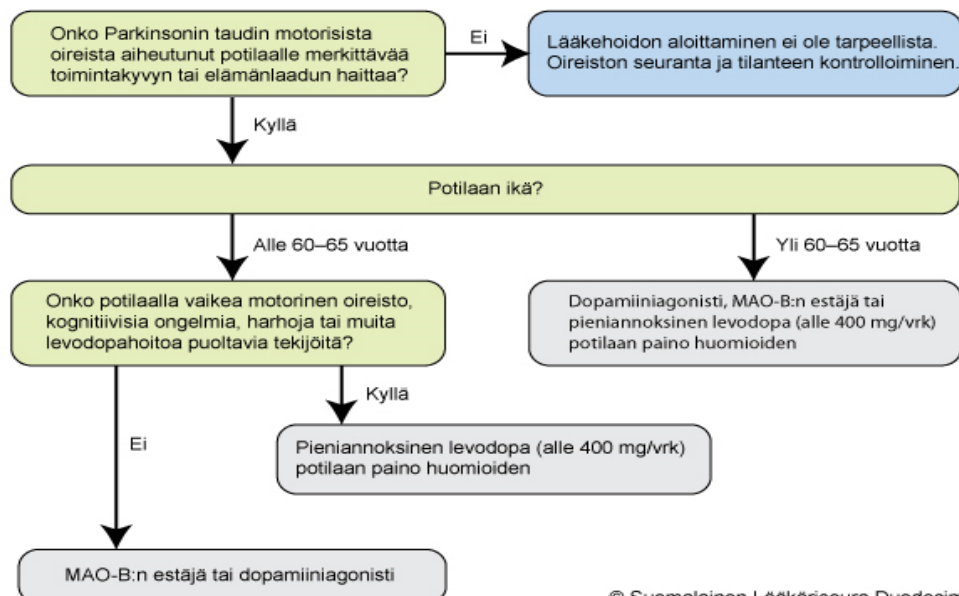
Lääkehoito on oleellinen osa Parkinsonin taudin hoitoa. Lääkkeiden oikea-aikaisen ottamisen lisäksi on tärkeää tietää, että lääkkeiden ottamista ei saa lopettaa äkillisesti, vaan se on aina tehtävä vähitellen. Esimerkiksi leikkaukseen menevän Parkinson-potilaan tulisi ottaa leikkauspäivänäkin Parkinson-lääkkeensä mahdollisimman normaalisti oireiden vaikeutumisen ehkäisemiseksi. (Kunnari 2013; Lindahl ym. 2011.) Alla kaaviokuva lääkeshoidon aloittamisen suosituksesta.

Käytännön suositus hoidon aloittamisesta

Käypä hoito -kuvat

26.10.2015

Käypä hoito -työryhmä Parkinsonin tauti



© Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Artikkelin tunnus: imk00008 (000.000)
© 2015 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

KUVA 1. Kaaviokuva käytännön suosituksesta hoidon aloittamisesta (Parkinsonin tauti 2015).

4.1 Varhaisvaiheen hoito

Alle 60 – 65-vuotiaille potilaille taudin alkuvaiheen oireisiin lääkitys aloitetaan dopamiiniagonisteilla tai MAO-B:n estäjällä. Näillä lääkkeillä voidaan siirtää levodopa-lääkityksen aloittamisajankohtaa jopa vuosilla. Dopadekarboksylaasin estäjään yhdistettynä levodopa on tehokkain oireita lievittävä lääke. Levodopa on kemiallinen lääkeaine, jonka elimistö muuttaa dopamiiniksi. Yhdistelmän ansiosta tarvittavan lääkeaineen määrä pienee jopa 90 %, mikä vähentää puolestaan haittavaikutuksia. Levodopan käyttö aloitetaan vasta, kun oire ei ole muilla keinoin hoidettavissa. Levodopan pitkäaikaisen käytön (3 – 5 vuotta) aiheuttamat tavallisimmat haittavaikutukset ovat motoriset tilanvaihtelut ja psyykkiset oireet. Vanhemmille potilaille voidaan aloittaa suoraan levodopa-lääkitys, sillä heillä lääkkeen haittavaikutusten riskit ovat pienemmät. Ennen pitkää kaikki Parkinson-potilaat tarvitsevat kuitenkin levodopa-lääkitystä. Levodopan annostelu, lääkkeenottoaika ja -kerrat ovat yksilöllisiä, ja sen käyttö aloitetaan vähitellen haittavaikutusten minimoimiseksi. Levodopan vaikutuksen arvioimiseksi ja hyvän hoitotasapainon löytämiseksi potilaan tai hänen hoitajansa tulisi pitää oirepäiväkirjaa muutaman päivän ajan ennen lääkärin kontrollia. Muita taudin varhaisvaiheen lääkkeitä ovat antikolinergit ja amantadiini. Antikolinergejä käytetään vapinan hoitoon, mutta ne eivät kuitenkaan sovellu pitkään yhdessä levodopan kanssa käytettäviksi. Amantadiini sopii alkuvaiheen lieviin oireisiin auttamalla dopamiinin vapautumista elimistöön ja vahvistaen dopamiinin vaikutusta. (Parkinsonin tauti 2015; Lindahl ym. 2011; Nevalainen 2014; Ahonen ym. 2014, 384.)

4.2 Keskivaiheen hoito

Annosvasteen ennen aikaista hiipumista (wearing off) tapahtuu taudin edetessä ja levodopan vaikutuksen heikentyessä käytännössä kaikille Parkinson-potilaille (Parkinsonin tauti 2015). Wearing off-ilmiö aiheuttaa potilaalle motorista ongelmaa, mikä on yleensä nähtävissä aamuisena akinesiana eli liikuntakyvyttömyytenä. Ilmiöön liittyy myös mielialan vaihtelua ja ahdistusta. (Järvinen 2012, 42 – 43.) Lisäksi potilaille tulee äkillistä ja arvaama-

tonta liikuntakyvyn vaihtelua aiheuttavaa on-off -ilmiötä ja tahattomia liikeitä eli dyskinesiaa (Parkinsonin tauti 2015; Ahonen ym. 2014, 383).

Käypä hoito -suosituksen (Parkinsonin tauti 2015) mukaan syinä motorisiin tilanvaihteluihin ajatellaan olevan lääkeannosten välissä aiheutuvasta dopamiinipitoisuuden vaihtelusta sekä soludegeneraatiosta. Levodopalaäkityksen antaman dopaminergisen stimulaation vaikutusta voidaan pyrkiä parantamaan esimerkiksi pienentämällä lääkkeen kerta-annosta ja samalla tihentämällä lääkkeen ottoväliä. Näin saadaan ylläpidettyä mahdollisimman tasainen dopaminerginen stimulaatio. Myös esimerkiksi COMT:n (katekoli-O-metyyli-transferaasi) estäjän lisääminen voi vähentää levodopan hajoamista ja pidentää sen vaikutuksen kestoa.

Ihonalaisesti annettava apomorfiini-injektio on dopamiiniagonisti, jonka on todettu tehoavan erityisesti off-vaiheisiin. Sillä on levodopan kaltainen vaikutus motorisiin oireisiin. Apomorfiini-injektio on insuliinikynän kaltainen esitäytetty ruisku. Injektiosta saatu vaste alkaa 7 – 15 minuutin kuluttua ja sen vaikutusaika on noin tunti. (Parkinsonin tauti 2015; Lindahl ym. 2011, 855; Pekkonen 2008, 402 – 407.)

4.3 Edenneen taudin hoito

Potilaalle, jolla on vaikeita tilanvaihteluita tai häiritsevää dyskinesiaa optimaalisesta lääkityksestä huolimatta, voidaan antaa syväaivostimulaatiohoitoa (deep brain stimulation eli DBS) tai jatkuvaa levodopainfuusiota. (Parkinsonin tauti 2015). Lisäedellytyksiä näiden hoitojen käyttämiseksi ovat muun muassa riittävän pitkä taudin kesto, riittävän laajalti kokeiltu lääkehoito sekä riittävä kognitiivinen taso. Yksittäisen potilaan oikea-aikainen hoitoon ohjaaminen voi olla vaikeaa, minkä vuoksi aiemmin mainitusta UPDRS-arviointiasteikosta on apua lääkärin päätöksentekoon. Aiheesta on olemassa muutakin vastaavanlaisia ohjeita. (Kaasinen, Kärppä, Lyytinen, Ahonen & Pekkonen 2015, 1077; Heikkinen ym. 2004.)

DBS-hoidossa aivojen kohdetumakkeeseen (tavallisesti subthalamisen tumake, STN) johdetaan suuritaajuista sähköstimulaatiota. Potilaalle teh-

dään toimenpide, jossa kohdetumakkeeseen laitetaan elektrodit ja ne yhdistetään rintakehällä ihon alle laitettavaan pulssigeneraattoriin. Stimulaattoria ohjataan erillisellä säätölaitteella, ja potilas saa erillisen säätölaitteen omaan käyttöönsä. (Pekkonen 2013, 481 – 483.) DBS-hoitoa toteutetaan nykyään kaikissa Suomen yliopistollisissa sairaaloissa (Parkinsonin tauti 2015).

Toinen niin sanottu Parkinsonin taudin kajoava hoitomenetelmä on jatkuva levodopainfuusio, jossa ulkoisen pumpun avulla ohutsuoleen pumpataan levodopa-geeliä mahalaukkuavanteen (PEG) kautta. Levodopa-geeli imeytyy ohutsuolen kautta verenkiertoon ja vähentää levodopa-pitoisuuden vaihtelua suun kautta otettaviin lääkkeisiin verrattuna. (Parkinsonin tauti 2015; Lindahl ym. 2011, 854.)

Edenneen taudin hoidossa apomorfiini-injektiota voidaan käyttää esimerkiksi yhdessä DBS-hoidon kanssa off-vaiheiden hoitoon. Ulkomailla käytetään myös ulkoisen pumpun avulla annosteltavaa subkutaanista apomorfiini-infusiota, ja se otettaneen käyttöön lähivuosina myös Suomessa. (Parkinsonin tauti 2015.)

Taudin loppuvaiheessa lääkkeiden teho on enää vähäistä ja lääkkeet aiheuttavat helposti haittavaikutuksia, esimerkiksi hypotensiota, kaatuilua ja väsymystä. Etenkin iäkkäät Parkinson-potilaat kärsivät edellä mainituista haittavaikutuksista, minkä vuoksi heidän kokonaislääkitystään olisi hyvä tarkastaa riittävän usein. Levodopaa käytetään niin kauan kuin siitä on hyötyä. (Parkinsonin tauti 2015.)

4.4 Ei-motoristen oireiden hoito

Ei-motorisia oireita on monia ja osa niistä voi usein esiintyä jo ennen motorisia oireita, minkä vuoksi niitä kutsutaan myös premotorisiksi oireiksi. Ei-motorisiin oireisiin kuuluvat muun muassa hajuaistin heikentyminen, kognitiiviset häiriöt, unihäiriöt ja kipu. (Lyytinen ym. 2008, 2807 – 2812.)

Lyytinen ym. (2008, 2807) väittävät, että Parkinsonin taudin neuropsykiatriset oireet lisäävät laitoshoitoon joutumisen mahdollisuutta. Oireet joh-

tuvat osittain itse sairaudesta, mutta monen oireen ilmenemiseen vaikuttavat myös sairauden hoitoon käytettävät lääkkeet. Sairauteen liittyviä neuropsykiatrisia oireita ovat muun muassa masennus, aistiharhat, dementia ja impulssikontrollin häiriöt.

Noin puolella Parkinson-potilaista esiintyy masennusta. Vähäisen tutkimusnäytön vuoksi masennusta suositellaan hoidettavan yleisillä depressiion hoitomenetelmillä. Niitä ovat lääkehoito (lähinnä pramipeksoli) tai psykoterapia, myös molempia hoitomuotoja voidaan käyttää samanaikaisesti. (Parkinsonin tauti 2015.)

Lähteestä riippuen kognitiivisia häiriöitä ilmoitetaan olevan 60 – 80 %:lla Parkinson-potilaista. Tyypillisiä piirteitä ovat tarkkaavuuden ylläpidon ja puheen sujuvuuden vaikeudet. Parkinsonin taudin dementian esiintyvyys on noin 30 %. Siihen liittyviä käytösoireita ovat muun muassa aloitekyvyn heikentyminen, persoonallisuuden muutos ja liiallinen päiväaikainen väsymys. Lääkehoidoista vahvin näyttö on AKE:n estäjillä. (Lyytinen ym. 2008; Parkinsonin tauti 2015.)

Näkö- ja kuulohallusinaatiot sekä harhaluulot ovat suhteellisen yleisiä Parkinson-potilailla. Osa potilaista tiedostaa näkevänsä harhoja eikä koe niitä uhkaaviksi. Muun muassa unihäiriöt voivat aiheuttaa hallusinaatioita, mutta erityisesti niitä aiheuttavat dopamiiniagonistit, joten hoidoksi voi riittää näiden lääkkeiden poistaminen tai vähentäminen. (Parkinsonin tauti 2015; Ray 2014; Lyytinen ym. 2008, 2809.)

Hyperseksuaalisuus, peliriippuvuus, ahmimishäiriö ja pakonomainen ostaminen ovat Parkinsonin taudissa yleisesti esiintyviä impulsiivis-kompulsiivisia häiriöitä (Parkinsonin tauti 2015). Niille altistavia tekijöitä ovat miessukupuoli, varhainen sairastumisikä sekä aiempi tunne-elämän tai pakko-oireinen häiriö (Lyytinen ym. 2008, 2808). Häiriöt johtuvat yleisimmin dopamiiniagonisti-lääkkeen käytöstä, joten lääkkeen vähentäminen tai pois jättäminen auttaa häiriön poistamiseksi (Parkinsonin tauti 2015).

Ei-motorisista oireista unihäiriöiden osuus on merkittävä, ja huonounisuutta esiintyy jopa 80 %:lla Parkinson-potilaista. Syitä on monia, tavallisimpia

ovat muun muassa tihtynyt yöllinen virtsaamisen tarve, lihaskrampit ja levottomat jalat -oireisto. Lääkepitoisuuden väheneminen yön aikana aiheuttaa aamuyöstä lihaskrampeja sekä jäykkyyttä, ja näihin voi auttaa pitkävaikutteinen (depotvalmiste) levodopa. Lääkehoidosta (esimerkiksi antikolinergit) voi olla myös apua nokturiaan eli yölliseen virtsaamisen tarpeeseen. (Nevalainen 2014; Ruottinen 2015.)

Syljen valuminen johtuu pääasiassa nielemisvaikeuksista. Parkinsonin taudin lääkkeitä ei ole todettu olevan apua nielemisvaikeuksiin, mutta ainakin lyhytaikaisesti käytettynä antikolinergit vähentävät syljen valumista. Myös botuliini-injektoiden antaminen sylkirauhasiin on merkittävästi vähentänyt syljen valumista. (Ruottinen 2015; Parkinsonin tauti 2015.)

Ummetus on yleinen oire ja se on yhteydessä motorisiin tilanvaihteluihin. Ummetus johtuu mahalaukun tyhjenemishäiriöstä ja ruoansulatuskanavan peristaltiikan hidastumisesta. Sitä lisäävät yleensä vähentynyt liikunta sekä nesteiden ja kuitujen saamisen väheneminen. Farmakologinen hoito on suolta lamaavien antikolinergisten lääkkeiden käytön lopettaminen. Osa potilaista voi hyötyä laksatiivien tai makrogolin käytöstä. (Lyytinen ym. 2008, 2811.) Virtsaamisongelmia voivat aiheuttaa yliaktiivinen rakko, epätäydellinen rakon tyhjeneminen, yöaikainen virtsaamistarve, virtsaamispakko, tiheä virtsaaminen tai inkontinenssi. Hoitona näihin on antikolinergiset lääkkeet tietyin varauksin. Tosin epätäydellisen rakon tyhjenemiseen edellä mainitut lääkkeet eivät sovi, ja sitä hoidetaan häpyluun yläpuolelle laitettavalla katetrilla eli kystotomialla. (Kuopio 2015, 527.)

Noin 50 % Parkinson potilaista arvioidaan kärsivän kivuista, jotka yleensä liittyvät lisääntyneeseen lihasjäykkyyteen. Tyypillisimpiä ovat hartiaolkavarsiseudun kivut; jäätynyt olkapää voi olla Parkinsonin taudin ensioireita. Näitä kipuja hoidetaan useimmiten lääkityksen tasapainotuksella. Tulehduskipulääkkeistä on todettu olevan kipuihin vain vähän hyötyä. (Ruottinen 2015; Lyytinen ym. 2008, 2812.) Lisäksi opioidit ja antikolinergit ovat huonosti siedettyjä (Kuopio 2015, 526).

5 PARKINSONIN TAUDIN HOITOTYÖ

Vaikka lääkehoito on tärkeä ja tehokas osa Parkinsonin taudin hoitoa, myös lääkkeetön hoito on tärkeä osatekijä. Moninainen sairaus ja yksilölliset oireet vaativat kokonaisvaltaista hoitoa, jota moniammatilliset tiimit voivat toteuttaa. Parkinson-potilaan hoidossa on oleellista ymmärtää, että kaikki hoitoon tehdyt muutokset voivat vaikeuttaa potilaan elämää. Tämän vuoksi muutokset tulee tehdä harkiten ja taudin hoitoon erikoistuneiden hoitotyöntekijöitä konsultoiden. (Lindahl ym. 2011, 857.)

Sairaanhoitajan rooli nähdään keskeisenä Parkinsonin taudin hoidossa; sairaanhoitaja ensisijaisesti kannustaa potilasta itsehoitoon hankkimalla hänelle tietoa ja motivoimalla potilasta. Sairaanhoitaja myös ohjaa potilasta tekemään terveyttä edistäviä valintoja potilaan omien arvojen mukaisesti. Tukemalla potilaan itsehoitoa sairaanhoitaja edistää potilaan hyvinvointia. Potilaan hyvinvoinnin edesauttamiseksi sairaanhoitajan tulee kyetä yhteistyöhön moniammatillisessa työryhmässä. Hänellä tulee olla hyvät kommunikointitaidot – erityisesti kuuntelutaito. Hänellä on oltava kykyä arvioida potilaan resursseja ja osata samalla huomioida potilaan sosio-ekonomiset ja kulttuuritaustat. Sairaanhoitaja kykenee myös hyödyntämään työssään teoreettista tietoaan terveyden edistämiseksi sekä rohkaistaa potilasta osallistumaan omahoitoon. Lisäksi sairaanhoitaja toimii potilaan asianajajana. (Wosinski ym. 2015, 16.) Parkinson-potilaat tarvitsevat ohjausta itsenäiseen arjessa toimimiseen, jotta omatoimisuus säilyisi mahdollisimman pitkään (Toljamo ym. 2003, 260).

5.1 Lääkehoidon ohjaus

Jokaisen Parkinson-potilasta hoitavan hoitajan olisi hyvä tietää lääkkeenoton ajoituksen tärkeys. Etenkin silloin kun lääkkeen kerta-annos on pieni ja ottoväli lyhyt, voi lyhyelläkin lääkkeenoton viiveellä olla potilaan elämänlaatuun merkittävä heikennys. Lihakset jäykistyvät, ja esimerkiksi omatoiminen pukeutuminen voi olla jopa mahdotonta. (Thomas 2006.) Levodopa-annoksen ottamiseen liittyen on oleellista tietää, että lääke tulee ottaa noin 45 minuuttia ennen tai jälkeen ruokailun. Tällöin mahdollinen ravinnon si-

sältämä valkuaisaine ei heikennä lääkkeen imeytymistä. (Parkinsonin tauti 2015.)

Monissa Suomen neurologisissa yksiköissä on Parkinson-hoitajia, ja myös muun muassa Englannissa on tautiin erikoistuneita hoitajia. Erikoishoitajat muun muassa käyvät läpi yhdessä potilaan ja hänen omaisensa kanssa yksityiskohtaisesti kullekin potilaalle toteutettavia hoitomuotoja. He kertovat myös hoitomuotojen käytännön vaikutuksista jokapäiväiseen elämään. (Kaasinen ym. 2015, 1079; Lindahl ym. 2011, 852.) Potilaiden saamat tiedot sairaudesta, lääkkeistä ja liikunnasta ovat vähentäneet levodopan käytön tarvetta sekä taudin oireita, ja samalla liikunnan harrastaminen on lisääntynyt. Myös potilasjärjestö Suomen Parkinson-liitto ry antaa paljon tietoa sairaudesta muun muassa julkaisemalla Parkinson-postia -nimistä lehteä ja ylläpitämällä sairaudesta internet-sivustoa. (Parkinsonin tauti 2015.)

5.2 Motoristen oireiden hoitotyö

Käypä hoito -suosituksen (Parkinsonin tauti 2015) mukaan jopa puolet Parkinson-potilaista kaatuu useasti vuoden aikana. Lääkehoidolla ei voida estää kaatumista, minkä vuoksi kävelysauvat tai rollaattori ovat tarpeellisia apuvälineitä. Etenkin iäkkäät kaatuvat usein, ja riski kaatua kasvaa sairauden edetessä muun muassa liikkumisvaikeuksien vuoksi. Kaatumisen pelko vähentää liikkumista, mikä johtaa lihasvoiman vähenemiseen ja luukadon lisääntymiseen. Lisäksi sairaus heikentää kykyä suorittaa kahta toimintoa yhtä aikaa (multi-tasking). Kaatumisriskin vähentämiseksi multi-tasking-tilanteiden harjoittelu olisi tärkeää. (Kuopio 2015, 524; Pajala 2012, 76.)

On-off-ilmiö on tavallista tilanteissa, joissa Parkinson-potilaan pitäisi mennä ovesta sisään. Potilaan jähmettyessä oven suuhun hänet voi saada uudelleen liikkeelle pyytämällä häntä ajattelemaan portaiden nousemista. Parkinsonin taudissa pystytasoinen liike on helpompaa kuin vaakatasoinen liike, joten ajatus portaiden ylösnoususta voi helpottaa potilaan uudelleen liikkeelle pääsemistä. (Kianta & Pietilä 2015, 37 – 38.) Myös lattialle

laitetun teipin avulla voidaan aiheuttaa visuaalista ärsykettä jalan nostamiseksi (Kuopio 2015, 524). On-off-ilmiötä esiintyy etenkin aamuyöstä tai aamulla, kun lääkityksen teho on alhaisimmillaan. Tällöin liukulakana helpottaa vuoteessa kääntymistä ja vuoteesta ylös nousemista. Muutenkin potilaan tilan seuranta on tärkeää, ja sitä voi tehdä toimintakyklomakkeen avulla. (Ahonen ym. 2014, 384.) Etenkin laitoshoidossa asentohoidon tärkeys tulee esille, kun potilas ei enää itse pysty vaihtamaan asentoaan (Kuopio 2015, 524).

Nevalaisen (2014) mukaan ruokailutilanteen tulisi olla rauhallinen. Ruokailun suhteen on hyvä huomioida potilaan lepovapina sekä mahdolliset pakkoliikkeet. Paksuvartisilla ruokailuvälineillä ruokailu on helpompaa parantaen tarttumisotetta ja kiinni pitämistä. Lisäksi on huomioitava mahdollinen lisäenergian tarve, sillä lepovapina ja pakkoliikkeet lisäävät energian kulu- tusta.

5.3 Ei-motoristen oireiden hoitotyö

Ei-motorisilla oireilla on merkittävä vaikutus Parkinson-potilaan elämänlaatuun, etenkin sairauden myöhemmissä vaiheissa. Motoriset oireet tunnistetaan helpommin ja ne ovat hoidettavissa. Tietoisuutta ei-motoristen oireiden vaikutuksesta päivittäiseen elämään pitäisi lisätä, jotta ne tulisivat paremmin huomioiduiksi ja hoidetuiksi. (EPDA 2010.)

5.3.1 Neuropsykiatristen oireiden hoitotyö

Vataja (2008, 835) kirjoittaa neuropsykiatristen oireiden heikentävän Parkinson-potilaiden ja heidän omaistensa elämänlaatua merkittävästi. Tästäkin huolimatta niitä tutkitaan vähän, ne tunnistetaan ja hoidetaan huonosti.

Parkinsonin tauti vaikuttaa mielenterveyteen aiheuttaen masennusta lähinnä taudin keski- ja myöhäisvaiheiden aikana. Kognitiivisen käyttäytymisterapian ja psykososiaalisten toimintojen avulla on tutkimusten mukaan saatu parhaimmat tulokset masennuksen hoitoon. Potilaat kärsivät usein alemmuuden tunteesta fyysisten oireidensa vuoksi, mikä heikentää heidän

sosiaalista hyvinvointia. Puheen tuottamisen vaikeutuminen ja kasvojen ilmeettömyys voivat esimerkiksi olla syitä potilaan sosiaaliseen eristäytymiseen. Hoitajan rooli on lähinnä edistää potilaan omahoitoa hankkimalla hänelle tietoa, tukemalla ja motivoimalla häntä sekä antamalla terveysvaalistusta. (Wosinski ym. 2015, 15 – 16; Dao Le 2015.)

Keskustelu sairaudesta, sen ennusteesta ja hoitomahdollisuuksista potilaan ehdoilla voi parantaa potilaan mielialaa ja vireyttä. Hoitohenkilöstön tehtävänä on ohjeistaa potilasta välttämään liiallista psyykkistä ja fyysistä rasitusta masennuksen ehkäisynä. Myös ohjaaminen mielekkääseen tekemiseen sekä vertaistukeen tai sopeutumisvalmennukseen ovat keinoja masennuksen hoidossa. (Nevalainen 2014.) Parkinson-potilas voi kuitenkin kokea oma-aloitteisen psykoterapiaan hakeutumisen liian vaikeaksi, ja hän voi tarvita hoitohenkilöstöltä aktiivisempaa tukea hoitoon hakeutumisen suhteen (Kinos, Martikainen & Mattila 2011, 27). Etenkin, kun terapian saatavuus on tiettävästi huonoa (Vataja 2008, 839).

Käypä hoito -suosituksen (Parkinsonin tauti 2015) mukaan kirkasvalohoidosta voi olla apua mielialan paranemiseen. Kognitiivisesta terapiasta on todettu olevan jonkin verran hyötyä impulssikontrollin häiriöihin. Tutkimusten mukaan liikunnasta on apua taudin motorisiin oireisiin vähentäen samalla ahdistuneisuutta ja masennusta (EPDA 2010). Myös musiikilla on kuntouttava vaikutus masennukseen ja ahdistukseen. Musiikin kuuntelu lisää neurologisten potilaiden keskittymiskykyä, parantaa mielialaa ja vähentää ahdistuneisuutta. Se myös lievittää stressiä sekä aktivoi aivojen mielihyvä- ja palkitsemisjärjestelmää. (Sihvonen, Leo, Särkämö & Soinila 2014, 1856.)

5.3.2 Nielemisvaikeudet

Kaesler-Smithin (2015) mukaan nielemisvaikeus eli dysfagia huonontaa potilaan elämänlaatua monin tavoin. Se muun muassa hidastaa syömistä ja aiheuttaa tukehtumisen pelkoa. Nielemisvaikeus aiheuttaa myös painon laskua, aliravitsemusta, nestevajausta ja masennusta. Se lisää etenkin ikääntyneille potilaille aspiraation riskiä aiheuttaen keuhkokuumetta ja en-

nenaikaisia kuolemia. Nielemisvaikeuden mahdollisuutta tulee epäillä, jos potilas yskii syödessä, ysköksissä on ruokaa, paino laskee tai hänellä on hengitystien tulehduksia.

Parkinsonin taudin lääkkeistä ei ole tutkimusten mukaan ollut apua nielemisvaikeuksien hoidossa. Tarvittaessa potilaalle tulisi tarjota moniammatillista hoitoa; masennukseen mielenterveydellistä apua ja nielemisvaikeuksiin puheterapeutin ohjausta. Parkinsonin tautiin kehitetystä ääniterapiasta saattaa olla apua nielemisvaikeuksiin. Videoavusteista nielemisterapiaa voidaan suositella normaalin kognitiivisen tason omaavalle potilaalle. Hyvin vaikeissa tapauksissa potilaalle tulee laittaa PEG-letku. (Kaesler-Smith 2015; Parkinsonin tauti 2015.)

Ruokailun helpottamiseksi potilaalle tarjotaan sosemaista ruokaa ja nesteet saostetaan. Potilasta voi myös ohjata miellyttävämpiin ruokailukokemuksiin pienin keinoin. Ruokailutilanteen tulee olla rauhallinen, potilasta ohjataan nielemään nesteet ja kiinteä ruoka erikseen, pieniä annoksia kerrallaan. Myös pystyasentoon jääminen noin puoleksi tunniksi ruokailun jälkeen auttaa nielemisvaikeuksista kärsivää. (Kaesler-Smith 2015; Parkinsonin tauti 2015; Nevalainen 2014.)

Nielemisvaikeudet aiheuttavat myös syljen valumista, ja sitä esiintyy jopa 74 %:lla Parkinson-potilaista. Purukumin pureskelu parantaa nielemistä ja voi siten vähentää syljen valumista. Myös nieleminen metronomin tahdissa voi vähentää syljen valumista. (Ruottinen 2015.)

5.3.3 Ortostaattinen hypotensio

Ortostaattisen eli asentohypotension aiheuttaa pääasiassa sympaattisen hermoston toimintahäiriö. Sen oireita ovat huimaus, väsymys, näön hämärtäminen, tasapaino-ongelmat, niska-hartiasärky ja kaatumiset. Myös Parkinsonin taudin lääkkeet voivat aiheuttaa hypotensiota, mutta ennen lääkemuuoksia kannattaa kokeilla perinteisiä asentohypotension hoitokeinoja. Niitä ovat riittävä nesteytys, nopeiden ylösnousujen välttäminen, suolan lisääminen ruokaan, aterioiden pitäminen pieninä ja vähähiilihydraatti-

sina sekä sängyn pääpuolen kohottaminen. Myös saunan sekä paikallaan seisomisen välttäminen auttavat. Tukisukat saattavat myös olla avuksi, mutta ne eivät sovi kaikille. Laskimopaluuta lisäävä jalkojen ristiasento tai käsien puristelu voi antaa lyhytaikaista apua vaivaan. Kofeiinin auttava vaikutus on todettu vain rajalliseksi. (Parkinsonin tauti 2015; Kuopio 2015, 527; Lyytinen ym. 2008, 2810.) Vaikea asentohypotensio aiheuttaa ongelmia Parkinson-potilaan jokapäiväisiin toimintoihin. Kuitenkin kaikenlainen liikunta on selkeästi paras keino parantamaan tasapainoa. (Chen 2014.)

5.3.4 Muut ei-motoriset oireet ja niiden hoitotyö

Kipu on yleisimpiä ei-motorisia oireita, ja sitä aiheuttavat muun muassa erilaiset virheasennot. Esimerkiksi etukumara ryhti pienentää rintakehän tilavuutta ja vaikeuttaa hengitystä aiheuttaen ahdistusta ja rintakehän kipua. Syvähengitysharjoitukset kovalla alustalla maaten voi auttaa hetken aikaa. Harjoituksia tulee tehdä useita kertoja päivässä. Myös lapojen yhteen vetäminen pystyasennossa parantaa ryhtiä. Lääkkeettömien hoitokeinojen vaikutuksesta kivun hoidossa ei ole kovin paljon näyttöä. Näin ollen kipua tulee hoitaa lääkehoidon (ks. Ei-motoristen oireiden hoito) ohella tapauskohtaisesti kokeilemalla, mitkä keinot sopivat parhaiten potilaalle. (Kuopio 2015, 525; EPDA 2010.) Lyytisen ym. (2008, 2812) mukaan myös akupunktio tai fysioterapia voivat auttaa kivun hoidossa.

Vuoteessa kääntyminen voi olla Parkinson-potilaalle hankalaa aiheuttaen samalla unihäiriöitä. Tällöin silkkilakana tai liukulakana on hyvä apu kääntymiseen. Lisäksi potilasta on hyvä muistuttaa säännöllisen vuorokausirytmien ylläpitämisestä sekä nukahtamisrituaalien säilyttämisestä unihäiriöiden välttämiseksi tai ainakin niiden vähentämiseksi. (Nevalainen 2014; Ruottinen 2015.)

Virtsanpidätysongelman suhteen potilaan elämänlaatua voidaan parantaa ohjaamalla häntä ajoittamaan WC-käyntinsä optimaaliseen aikaan. WC-käynnit tulisi tehdä silloin, kun lääkkeen vaikutus on parhaimmillaan mahdollistaen hyvän liikkumisen. Myös WC-käyntien säännöllisyys ja kiireet-

tömyys ovat tärkeitä huomioitavia seikkoja. (Nevalainen 2014.) Potilasta on hyvä muistuttaa ilta-aikaan nautittavien nesteiden rajoittamisesta, mikäli virtaamiskertoja on öisin useampia (Lyytinen ym. 2008, 2812). Myös portaatiivi tai virtsapullo ovat hyviä keinoja vähentämään yöllistä liikkumista. Virtsaamisongelmana voi olla myös muun muassa rakon tyhjenemiseen liittyvää vaikeutta. Tällöin hoitona käytetään toistokatetrointia. (Kuopio 2015, 524; 527.)

Ummetuksen hoitoon suositellaan yleisiä ummetuksen hoitokeinoja, kuten kuitujen syömistä, runsasta nesteiden juomista ja liikuntaa. Myös pienten aterioiden syöminen voi auttaa mahalaukun tyhjenemistä. (Lyytinen ym. 2008, 2811.)

5.4 Kuntoutus ja liikunta

Kuntoutus tulisi suunnitella potilaskohtaisesti potilaan tarpeita noudattaen ja olennaiseen ongelmaan keskittyen. Kuntoutus pitäisi aloittaa riittävän varhain ja tavoitteet olisi oltava realistiset, jotta potilas ja hänen omaisensa voivat sitoutua kuntoutuksen toteuttamiseen. Lisäksi työikäisillä potilailla on syytä huomioida myös ammatillisen kuntoutuksen tarve. Suomessa kuntoutuksen järjestäminen ja vastuu jakautuvat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken, ja niissä on paikallisten sopimusten ja hoitopolkujen mukaista vaihtelua. (Parkinsonin tauti 2015.)

Kinos ym. (2011, 18) kirjoittavat, että tutkiminen kuntoutuksen hyödyistä Parkinsonin taudissa on vaikeaa. Heidän mukaan hyödyt ovat lyhytaikaisia, vain muutaman kuukauden kestäviä. Tulosten tulkintaa vaikeuttavat lääkityksen vaikutus potilaan toimintakykyyn ja pidempään sairastaneiden merkittävä toimintakyvyn vaihtelu lääkevaikutuksesta riippuen. Tämän vuoksi toimintakykytestaukset tulisikin tehdä kullakin testauksella yhtä pitkän ajan kuluttua viimeisestä lääkeannoksesta. Käypä hoito -suosituksen (Parkinsonin tauti 2015) mukaan potilaan kävelynopeus, askelpituus ja tasapaino paranevat kuntouksen avulla, ja samalla potilaan kaatumisriski pienenee. Etenevän sairauden vuoksi kuntoutuksen tulos ei kuitenkaan ole pysyvää, vaan harjoittelun tulee olla jatkuvaa toimintakyvyn

ylläpitämiseksi. Kinoksen ym. (2011, 19) mukaan Kansaneläkelaitos järjestää vuosittain 1 – 3 viikon mittaisia kuntoutusjaksoja vaikeavammaisille sekä kuntoutuskursseja lähinnä työikäisille. Suomen Parkinson-liitto järjestää Raha-automaattiyhdistyksen tukemana 5 – 10 vuorokauden mittaisia sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseja pääasiassa yli 65-vuotiaille.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan liikunta lisää dopamiinin kehittymistä jäljellä olevissa dopaminergisissä soluissa vähentäen taudin oireita. Liikunnasta on hyötyä niin elämänlaadun kuin fyysisen toimintakyvyn kannalta. Hyöty on voitu todeta esimerkiksi 10 viikon pituisesta kuntoilujaksosta, jonka aikana potilas on liikkunut pyöräillen tai kävellen kolmesti viikossa 30 minuutin ajan. (Goodwin, Richards, Taylor R., Taylor A. & Campbell 2008, 631; 638; Sutton 2013.) Kuitenkin ryhtiä, myötäliikkeitä ja kanta-astuntaa olisi hyvä harjoitella päivittäin. Kävellessä sauvojen käyttäminen auttaa tahdittamaan liikettä ja pysymään rytmissä. Kävelykeppiin tarttuminen vähentää puolestaan lepoapinaa. (Nevalainen 2014.) Kävelyä voidaan parantaa erilaisilla menetelmillä, esimerkiksi auditiivista vihjettä käyttämällä. Myös lihasvoimaharjoittelusta voi olla hyötyä kävelyn paranemiseen. (Parkinsonin tauti 2015.) Juoksumatto-harjoituksillakin on todettu olevan josain määrin apua kävelynopeuteen sekä askeleen ja kävelymatkan pituuteen (Chen 2014).

Parkinson-potilas tarvitsisi fysioterapiaa koko sairautensa ajan, myös vuodepotilaana. Potilaan nivelten liikelaajuuksien vähetessä niveliin syntyy herkästi epämuodostumia. Fysioterapialla ja asento-hoidolla voidaan ennaltaehkäistä virheasentoja sekä painehaavaumia. (Kuopio 2015, 524.) Fysioterapiasta saatu hyöty kestää 3 – 6 kuukautta, ja tulokset ovat parhaita taudin lievemmissä muodoissa. läkkäät ja heikon toimintakyvyn tai kognitiivisen tason potilaat tarvitsevat nopeammin harjoitteiden kertaamista. (Parkinsonin tauti 2015.)

Toimintaterapiasta on todettu olevan merkittävää apua jokapäiväisten toimintojen ylläpitämiseen. Terapian avulla Parkinson-potilaalle ja tarvittaessa hänen läheisilleen etsitään ja opetetaan uusia keinoja pärjätä arjessa. Kävelykeppi, sauvat tai rollaattori tulisi ottaa käyttöön riittävän ajoissa. Ko-

tona asuvalle kodin muutostöillä ja apuvälineillä tehdään kodista toimivampi ja turvallisempi. Oleellisimpia kodin muutostöitä ovat kynnysten ja mattojen poistaminen sekä kädensijojen asentaminen seiniin, rappusiin, kylpyhuoneeseen ja WC:hen. Myös korotettu WC-istuin ja suihkujakkara lisäävät turvallisuutta. Toimintaterapian muotoja ovat myös erilaiset ketteryyttä edistävät harjoitukset, kuten pelit ja kirjoitusharjoitteet. Myös rentoutus ja stressinhallinta ovat keinoja, joilla on tutkitusti todettu olevan apua Parkinson-potilaille. (Kuopio 2015, 524; Gordin & Kaakkola 2013; Rogers & Guthrie 2013.) Musiikkiin perustuvalla liiketerapialla on todettu olevan merkittävää hyötyä Parkinson-potilaiden tasapainoon (Chen 2014).

Äänen voimakkuuden heikkeneminen on yleinen oire Parkinsonin taudissa, ja siihen käytetään avuksi puheterapiaa. Hiljaisen puheäänien lisäksi puhe voi muuttua epäselväksi, ja puheen rytmi voi kiihtyä haitaten puheen selkeyttä. Etenkin Lee Silvermanin -ääniterapiasta¹ voi olla hyötyä äänen voimakkuuden parantamiseksi. Myös laulamisella tai ääneen lukemisella on terapeuttisia vaikutuksia kommunikaatio-oireisiin. (Parkinsonin tauti 2015; Kuopio 2015, 525.)

Sihvosen ym. (2014, 1852 – 1858) mukaan musiikin vaikutuksesta aivojen kuntouksessa on hyviä tutkimustuloksia. Kun potilas kuuntelee kävellessä mielimusiikkiaan, hänen kävelynsä rytmittyy musiikin mukaan parantaen muun muassa askelpituutta ja vähentäen motorisia oireita. Musiikin kuntouttavaa vaikutusta pitäisi hyödyntää tarjoamalla potilaalle mahdollisuutta kuunnella musiikkia useammin. Kuntouttava vaikutus häviää, ellei musiikin kuuntelu ole säännöllistä. Päivittäisen 20 minuutin mittaisen musiikin kuuntelutuokion on tutkittu parantavan motoriikkaa merkitsevästi.

5.5 Palliatiivinen hoito

Parkinsonin tauti on pitkäkestoinen sairaus, joka voi kestää 10 – 15 vuotta, joskus pidempäänkin. Näin ollen potilas tai hänen omaisensa eivät ajattele

¹ Terapian keskeisenä tavoitteena on ohjata potilas tuottamaan voimakasta ääntä intensiivisellä harjoittelulla. Harjoitteet sisältävät esimerkiksi mahdollisimman pitkää ja voimakasta [a]-ääntä.

kyseessä olevan kuolemaan johtavasta sairaudesta. Lääkkeellinen hoito on hyvin keskeistä Parkinsonin taudin hoidossa, minkä vuoksi tavanomaista palliatiivista hoitoa tai saattohoitoa on sovellettu vähemmän. (Kuopio 2015, 524.)

Potilaan omat hoitoon liittyvät toiveet ja mieluiten hänen hoitotahtonsa olisi hyvä kirjata jo siinä vaiheessa, kun potilas pystyy vielä ilmaisemaan oman tahtonsa. Parkinsonin taudin oireita lievittävän hoidon rinnalla tulisi koko sairauden aikana toteuttaa myös palliatiivista hoitoa, jolloin potilaan hoito olisi mahdollisimman kokonaisvaltaista. Etenkin edenneen taudin muotoa sairastavat potilaat hyötyvät palliatiivisesta hoidosta, koska fyysisten ja psyykkisten oireiden lisäksi palliatiivinen hoito huomioi potilaan sosiaalisen ja hengellisen tuen tarpeen. (Parkinsonin tauti 2015.) Potilaan hyvän elämänlaadun kannalta hoitohenkilöstön ja potilaan välinen keskustelu on erittäin tärkeää. Tutkimusten mukaan potilaalla ja lääkäriellä voi olla erilaiset näkemykset siitä, mikä oire heikentää potilaan elämänlaatua, minkä vuoksi potilas ei saa parasta mahdollista hoitoa. (EPDA 2010.)

Viimeaikaiset tutkimukset osoittavat, että varhain aloitettu palliatiivinen hoito parantaa potilaan elämänlaatua, vähentää masennusta ja mahdollisesti pidentää elinaikaa. Potilaan läheiset ovat keskeisessä asemassa, sillä perheenjäsenen sairastuessa koko perhe tarvitsee tukea jaksakseen potilaan rinnalla. Vielä potilaan kuoleman jälkeenkin läheiset tarvitsevat tukea. (Saarto 2015, 10.)

Omaishoitajan rooli voi olla pitkäkestoinen. Potilas voi tuntea olevansa taakka omaiselleen, ja parisuhde muuttuu vuosia kestäväksi hoitosuhteeksi. Sairaus aiheuttaa usein häpeää, etenkin nuoremmalle potilaalle ja hänen perheelleen. Perheen tuki on potilaalle tärkeä, ja vastaavasti hoitohenkilöstön tuki potilaan omaisille on keskeistä palliatiivisessa hoidossa. (Kuopio 2015, 527 – 528.)

6 PARKINSON-POTILAAN HOITOPOLKU

Parkinsonin taudin diagnoosi voidaan tehdä varhaisessa vaiheessa, jos sairauden premotoriset oireet pystytään tunnistamaan perusterveydenhuollossa. Tutkimukset osoittavat Parkinson-potilaiden käyntien määrän perusterveydenhuollossa lisääntyvän noin kahdeksan vuotta ennen diagnoosia. (Martikainen 2016, 567.) Parkinsonin tautia epäiltäessä potilaasta tulee tehdä lähete neurologille, sillä diagnoosin, hoidon tarpeen ja hoidon valinnan tekee ensisijaisesti neurologian erikoislääkäri (Parkinsonin tauti 2015).

Hoidon onnistumisen kannalta alueelliset hoitoketjut olisivat tärkeitä (Parkinsonin tauti 2015). Tällöin potilas ja hänen omaisensa tietäisivät paremmin, missä hoito tapahtuu ja keneen voi tarvittaessa olla yhteydessä. Käytännössä ongelmana voi olla ajoittaiset resurssipulat erikoissairaanhoidossa sekä perusterveydenhuollon kokemattomuus. Lääkityksen aloituksen jälkeen monet alueet ohjaavat etenkin lieväoireiset ja hitaasti etenevää tautimuotoa sairastavat iäkkäät Parkinson-potilaat terveystieteidenkeskusten jatkohoitoon. Oleellista on, että perusterveydenhuollon henkilöstöllä on mahdollisuus aina tarvittaessa konsultoida neurologia. (Martikainen 2016, 568.)

Seurantakäyntejä tulisi olla vähintään kerran vuodessa. Potilaan kokonaistilanteen lisäksi tulee arvioida lääkkityksen, toimintakyvyn, ravitsemustilan sekä kuntoutuksen tilanne. Käytännössä kontrollikäynneistä joillakin alueilla vastaa Parkinson-hoitaja, esimerkiksi joka toisella kontrollikäynnillä. Työikäiset potilaat voivat olla osittain työterveyslääkärin seurannassa. (Martikainen 2016, 568; Parkinsonin tauti 2015).

7 VERKKO-OPETUS JA -OPPIMINEN

Verkko-opetus on nykyään yleistä kaikilla kouluasteilla; esikoulusta yliopistoihin. Verkko-opiskelu ei ole sidottu aikaan ja paikkaan. Se antaa opiskelijalle mahdollisuuden opiskella silloin, kun se hänelle sopii parhaaksi katsomassaan paikassa. Opettajan rooli ei kuitenkaan vähene, vaan se edellyttää häneltä huolellisen opiskelumateriaalin suunnittelun ja toteutuksen sekä opiskelijoiden ohjaamisen verkko-opiskeluun. (Karevaara 2009, 14.)

Lahden ammattikorkeakoulun vuosille 2014 – 2015 laatiman opetussuunnitelman mukaan oppilaitos tarjoaa opiskelijoille ajanmukaisia työvälineitä ja -menetelmiä. Vastaavasti opiskelijan odotetaan tunnistavan oma oppimistyylinsä, jotta hän saisi sitä kehittämällä parhaan hyödyn oppimistilanteista. Näin ollen opiskelijalla tulisi olla itsenäinen ja vastuullinen ote omasta oppimisestaan. (LAMK 2014, 7.)

Niinimäki (2003, 23) kuvaa itseopiskelun perustuvan melkein kokonaan vuorovaikutukseen verkon välityksellä, jolloin vastuu oppimisesta on käytännössä opiskelijalla itsellään. Lähiopetusta voi olla korkeintaan opintojakson aloituksen verran. Mänty ja Nissinen (2005, 14) muotoilevat asian toisella tavalla. He käyttävät termiä verkko-oppimisympäristö, joka on toimintaympäristö, jossa toimivat sekä opiskelijat että opettajat.

Opinnäytetyön tekijän näkemyksen mukaan kaikki edellä mainitut tekijät toteutuvat Lahden ammattikorkeakoulun verkko-opinnoissa. Opiskelija saa opettajalta ohjausta verkko-opiskeluun ja hän voi suorittaa opinnot parhaaksi katsomanaan ajankohtana oppimistyylinsä mukaisesti. Oppilaitoksen ylläpitämä Reppu-verkko-opetusympäristö on opiskelijoiden ja opettajien yhdessä käyttämä toimintaympäristö. Opinnäytetyön tuotos tehtiin juuri näitä tekijöitä soveltaen.

7.1 Opetuksen suunnittelu

Opetuksen suunnittelun tulisi lähteä opiskelijoiden oppimistavoitteiden määrittämisestä. Oppimislähtöisessä opetuksessa huomioidaan myös opiskelijoiden tarpeet, aiempi tieto sekä odotukset. Lisäksi huomioidaan

opetussuunnitelmaan määritelty kurssiin käytettävä tuntimäärä. Laskennallisesti tuntimäärään on tärkeää ottaa huomioon myös opiskelijan itsenäinen työskentely. (Hyppönen & Lindén 2009, 11 – 14.) Karjalainen, Alha ja Jutila (2007, 6) ovat kehittäneet opintojen mitoittamiseen yleisiä laskennallisia perusteita. Heidän rakentamansa mallin avulla opetuksen suunnittelija pystyy mitoittamaan aikaa oppimista varten.

Karjalaisen ym. (2007, 61 – 63) mukaan verkossa opettaminen eli virtuaaliopetus poikkeaa perinteisestä lähiopetuksesta monin tavoin myös ajan tarvetta arvioitaessa. Laskennallisesti on muun muassa huomioitava mahdollinen opiskelijan ja opettajan yhteydenpitoon vaadittava aika. Lisäksi laskelmiin otetaan huomioon oppimateriaalin lukemiseen ja usein myös aineistohakuihin tarvittava aika. Myös käytettävien ohjelmistojen, oppimisympäristöjen tai muiden erikoistyykalujen käytön oppimiseen tarvittava aika on huomioitava. Nettipohjainen kurssi voi usein häiritä opiskelijaa aiheuttaen ihmetystä ja turhautumista. Tämän vuoksi sähköisen oppimisympäristön käyttöön on hyvä varata aikaa tarpeen mukaan.

Opettajan tulisi suunnitella oppimisympäristöjä, jotka tukevat kaikenlaisia oppijoita ja oppimistyyliä. Usein oppimistyyliä jaetaan tiedonsaantitavan mukaan visuaaliseen, auditiiviseen ja kinesteettiseen oppimistapaan. Oppimistyyli on yksilöllinen, ja sen tunnistaminen auttaa opiskelijaa oppimaan paremmin. Tehokkainta olisi pystyä hyödyntämään kaikkia kolmea tyyliä samanaikaisesti. (Jyväskylän yliopiston Koppa 2011.)

Oppimistavoitteet voidaan määritellä Bloomin taksonomian avulla, jolloin opettaja asettaa tiedon omaksumiselle tason, jolle oppilaan tulee pyrkiä. Tavoitetasoja on yhteensä kuusi, joista helpoin taso liittyy asioiden muistamiseen. Vaikeimmalla tasolla opiskelijalta edellytetään arvioimiskykyä. Tavoitteet muotoillaan aktiivisia verbejä käyttäen. Muistamiseen liittyviä verbejä ovat esimerkiksi listata ja tunnistaa. Arvioimiseen liittyviä verbejä ovat esimerkiksi perustella ja tulkita. (Jyväskylän yliopiston Koppa 2011.)

Parkinsonin tautia sairastavan potilaan hoitotyö -kurssi kuuluu Pitkäaikais-sairaalan hoitamisen osaaminen -moduuliin. Kyseinen moduuli sisältää viisi

osaamistavoitetta, joista olennaisimmat tämän kurssin kannalta ovat kolme seuraavaa. Opiskelijan tulee osata tunnistaa tavallisimpien pitkäaikaissairauksien riskitekijät ja sairauden aiheuttamat oireet. Hänen tulee myös osata selittää moniammatillisen työryhmän ja läheisten merkitys pitkäaikaissairaalan potilaan hoitotyössä. Lisäksi opiskelijan tulee osata perustella potilaalle itsehoidon ja terveyden edistämisen merkitys kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta. (LAMK 2014, 22.)

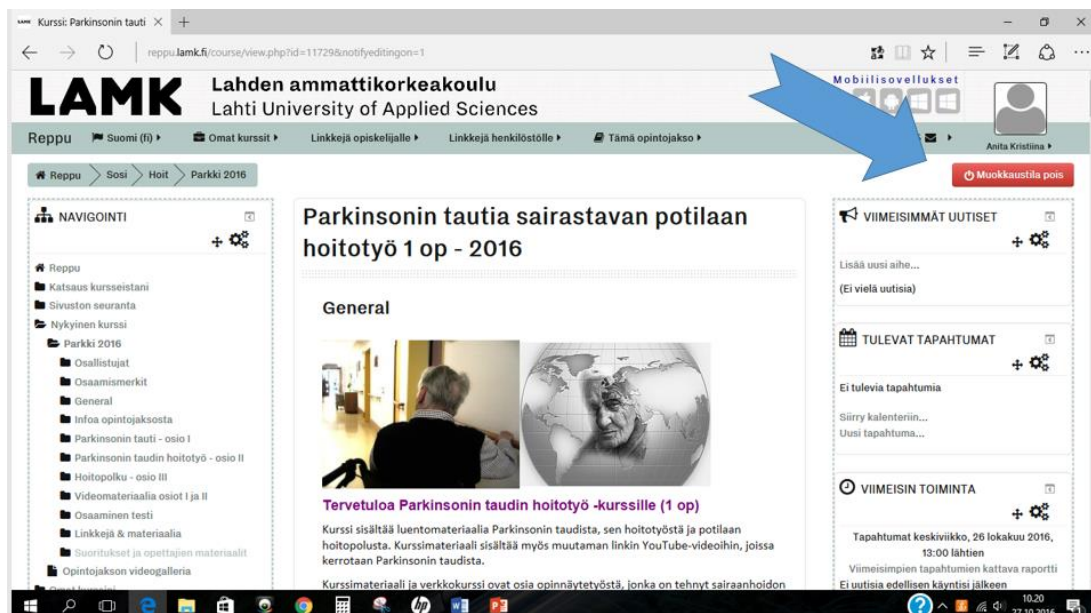
7.2 Verkkokurssin tekeminen

Moodle on ilmainen avoimen lähdekoodin ohjelmistona käytettävä verkko-opetusympäristö, joka toimii verkkoselaimen avulla. Opiskelijoiden käytössä olevien toimintojen lisäksi opettajalla on käytössään verkko-opetuksen työkalut, joiden avulla kurssi perustetaan ja muokataan tarpeen mukaan. (Karevaara 2009, 15; 35.)

Verkko-opetuksessa opettaja perustaa kurssin verkkoon luomalla ensin kurssimateriaalin ja viemällä sen verkkoon. Opetusmateriaalin lisäksi verkko-opetusympäristöön voi laittaa aktiviteetteja, esimerkiksi tentin. Verkko-kurssin alkaessa opettaja tiedottaa opiskelijoita kurssin tapahtumista sekä tarvittaessa osallistuu kurssin keskusteluihin ja arvioi opiskelijoiden suorituksia. (Karevaara 2009, 61.) Verkko-opiskelu on itsenäistä opiskelua, mutta itsenäisen opiskelun onnistumiseen tarvitaan kuitenkin ohjausta. Opiskelijalle on tärkeää tietää, että hän saa tarvittaessa tukea ohjaajalta. (Hyppönen ym. 2009, 19 – 20.)

Kurssin voi luoda ihan uutena kurssina tai valmiin kurssin pohjalta. Moodlessa käytettävälle keskipalstalle voi esimerkiksi laittaa kurssin esitteen, josta opiskelija saa helposti yleiset ja tarpeelliset tiedot kurssista (KUVA 2). Keskipalstalle voi määritellä aihelaatikoita ja jakaa ne sisällön mukaan, jolloin sisältö kannattaa kuvata lyhyellä otsikolla. Aihelaatikon alkuun olisi hyvä laittaa laatikon nimen lisäksi kuvaus aiheesta ja kuvia elävöittämään sivustoja. Tekijänoikeudet tulee aina ottaa huomioon jos senkin vuoksi, että muualta linkitetty kuva lakkaa näkymästä, jos kuva siirtyy myöhemmin eri paikkaan. (Karevaara 2009, 35 – 43; Karevaara 2013,

39.) Jotta kuvat latautuisivat mahdollisimman nopeasti sivuille, tulisi niiden koko pitää pienenä, korkeintaan noin 30 kilotavun kokoisina (Mänty ym. 2005, 47).



KUVA 2. Näkymä kurssin sivulta opettajan roolissa.

7.3 Sisällön tuottaminen

Mänty ym. (2005, 41) kirjoittavat, että hyvä digitaalinen oppimateriaali on muun muassa graafiselta ulkoasultaan helppokäyttöinen, sopiva erilaisille käyttäjäryhmille ja uudelleenkäytettävissä. Oleellinen huomioitava seikka on oppimateriaalin tekninen saatavuus ja käytettävyys. Opiskelijalla ei voida edellyttää olevan omassa koneessaan käytössä samoja ohjelmia kuin oppilaitoksella. Tämän vuoksi on hyvä tallentaa esimerkiksi yleisesti käytössä oleva PowerPoint-tiedosto sellaiseen tiedostomuotoon, että kaikki opiskelijat voivat lukea tiedosta, myös nekin opiskelijat, joilla ei ole Microsoftin ohjelmia koneessaan.

Moodlesta käytössä oleva tentti koostuu kahdesta osasta; tentin rungosta sekä tentin aiheeseen liittyvistä kysymyksistä. Tentin runko-osan perusasetuksia on paljon, mutta uuden tentin voi luoda nopeasti käyttämällä alustan oletusarvoja. Perusasetuksissa voi esimerkiksi määritellä aikarajan, jolloin opiskelijalle annetaan rajattu aika tenttiin vastaamiseen. Myös

kysymystyyppejä on erilaisia, esimerkiksi aukkotehtävän tai esseen tyyppisiä. (Karevaara 2009, 102 – 108.) Tentin kysymysten tulee olla ymmärrettäviä, ja etenkin kompakysymyksiä tulisi välttää. Tentti täytyy aina testata vastaamalla siihen ensin itse. (Karevaara 2013, 99.)

8 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

Opinnäytetyön aihe ja toteutusmuoto valikoituivat jo ennen opinnäytetyön prosessin alkua. Parkinsonin tauti ja sen hoitotyöstä oli tehty Lahden ammattikorkeakoulussa kirjallisuuskatsaus muutama vuosi sitten. Tästä tärkeästä aiheesta haluttiin jatkaa toiminnallisen opinnäytetyön muodossa. Ensimmäinen ajatus tuotoksesta oli kotihoidossa tai palvelukodissa työskentelevän sairaanhoitajan opas. Opinnäytetyön ohjaavan opettajan ajatus verkkokurssin tekemisestä sairaanhoitajaopiskelijoille oli kuitenkin selkeästi hyödyllisemmältä tuntuva vaihtoehto.

8.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyön tietoperustan sisäänottokriteeriksi määriteltiin lähtökohtaisesti näyttöön perustuva tieto tai vertaisarvioidut tekstit. Lisäksi materiaalin tuli koostua sekä lääke- että hoitotieteellisestä kokotekstistä. Suomen kielen lisäksi tuli olla myös englanninkielistä materiaalia. Aineiston tuli olla julkaistu kymmenen vuoden sisällä. Myös vanhempaa kirjallisuutta hydynnettiin siltä osin, kun sen katsottiin olevan edelleen adekvaattia. Suurin osa tietoperustasta kerättiin Medic-, Ovid- ja EBSCO Cinahl -tietokantojen kautta. Lisäksi tietoa haettiin jonkin verran myös Google Scholarin, MastoFinnan ja Terveystieteen avulla.


Asiasanoiksi valitut termit tarkistettiin Medic-asiasanastosta, josta myös haettiin sanoille englannin kieliset vastaavuudet. Enimmäkseen käytettiin yhdistelmähakuja, mutta osa hauista tehtiin käyttämällä pelkästään Parkinsonin tai Parkinsonin tauti -sanoja. Yhdistelmähaut sisälsivät sanojen Parkinsonin tauti lisäksi sanan hoitotyö, kuntoutus tai jonkin tautiin liittyvän oireen. Myös hakusanojen katkaisua käytettiin jonkin verran. Medic-asiasanastoa käytettäessä jotkin oireisiin liittyvät sanat tuottivat suuren hakutuloksen. Tämän vuoksi hakutuloksen määrän pienentämiseksi käytettiin yhdistelmähakua. Tiedonhaku tehtiin itsenäisesti pääasiassa vuodenvaihteessa 2015 – 2016. Iso osa lähteistä löytyi kuitenkin opinnäytetyön kirjoitusprosessin aikana. Liitteenä olevassa taulukossa kuvataan vuodenvaihteessa tehty tiedonhaku (LIITE 1).

8.2 Tuotoksen kuvaus

Opetussuunnitelma tehtiin Lahden ammattikorkeakoulun opettajien käyttämiä suunnitelmia noudattaen, sillä sen tuli olla yhdenmukainen oppilaitoksen opetusmenetelmien kanssa. Alkuperäinen opetussuunnitelma (LIITE 2) muuttui tietoperustan kirjoittamisen viimeisessä vaiheessa, koska Parkinson-potilaan hoitopolusta haluttiin tehdä oma erillinen osio.

Verkkokurssin oppimistavoitteet määriteltiin Lahden ammattikorkeakoulun käyttämien tavoitteiden mukaisesti. Bloomin taksonomiaa noudattaen aktiivisiksi verbeiksi valikoituivat nimetä, listata, selittää sekä käyttää. Nimeä- ja listata-verbit kuvaavat muistamisen tasoa, joka määritellään kyvyksi palauttaa mieleen asioita. Muistamisen tasolla asioita ei kuitenkaan välttämättä ymmärretä. Selittää-verbi kuvaa ymmärtämistä ja se määritellään kykyä tulkita opittua tietoa. Käyttää-verbillä kuvataan soveltamista ja kykyä käyttää opittua asiaa uusissa tilanteissa. (Laitinen-Väänänen 2016.) Osaamisen tavoitteet listattiin verkkokurssin ohjeistusosioon (KUVA 3).

Infoa opintojaksosta



Parkinsonin tautia sairastavan potilaan hoitotyö -kurssiin kuuluu 1 op opintoja

Kurssin käytyäsi osaat:

- nimetä Parkinsonin taudin pääoireet sekä listata taudin muita keskeisiä oireita
- nimetä Parkinsonin taudin keskeisimmät lääkkeaineet ja selittää lääkkehoidon merkitystä
- perustella mitä on hyvä Parkinson-potilaan hoitotyö

KUVA 3. Osakuva opintojakson info-osiosta.

Verkkokurssin laajuudeksi arvioitiin alun perin 1 – 2 opintopistettä. Arvio yhdestä opintopisteestä tarkentui luentomateriaalin valmistumisen jälkeen. Tätä oletusta tuki laskelma, joka tehtiin Opetuksen suunnittelu -kappaleessa mainitulla laskennallisen perusteen menetelmällä. Kurssin mitoituksen perustana käytettiin Karjalaisen ym. kehittämää virtuaaliopetukseen sovellettavaa mitoitusta (LIITE 4). Luentomateriaalin teksti luoki-

teltiin kohtuullisen helppolukuiseksi. Näin ollen tekstin ymmärtämiseksi opiskelija lukisi yhden minuutin aikana keskimäärin 70 sanaa. Lisäksi laskennallisesti otettiin huomioon muita virtuaaliopetukseen vaikuttavia tekijöitä, kuten mahdollinen opiskelijan ja opettajan yhteydenpitoon vaadittava aika.

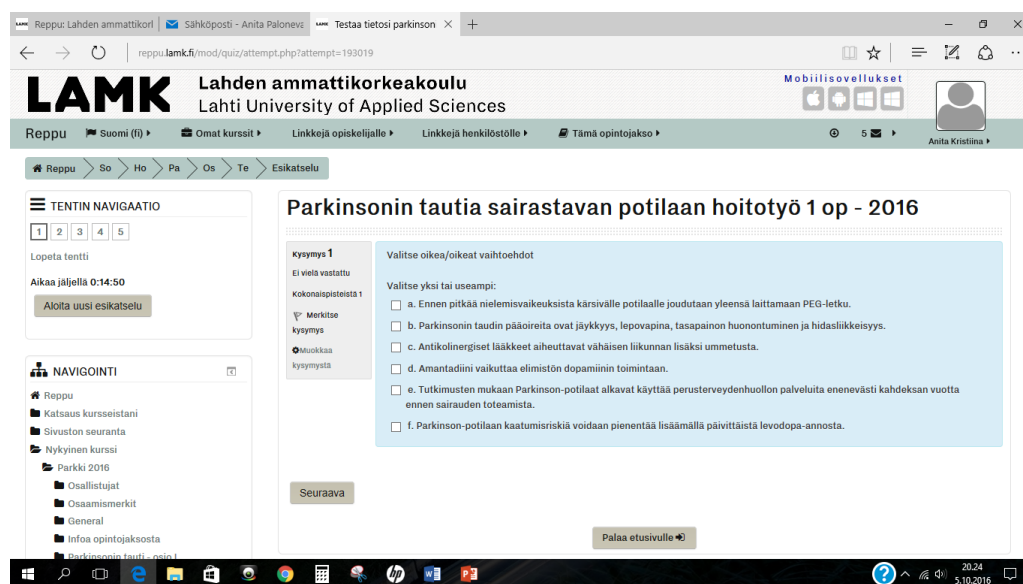
Opinnäytetyön verkkokurssi tehtiin Moodlen verkko-opetusympäristöön valmiin kurssin pohjalta. Valmis kurssi on hyvä ratkaisu kokemattomalle kurssin tekijälle, sillä se muun muassa nopeuttaa kurssin tekemistä. Valmis pohja myös ohjaa aloittelevaa kurssin tekijää, jolloin lopputulos on mahdollisimman tarkoituksenmukainen ja selkeä.

Kurssimateriaali luotiin ensin PowerPoint-esityksinä, minkä jälkeen tiedostot muutettiin teknisen saatavuuden ja käytettävyyden varmistamiseksi pdf-muotoon. Luentomateriaalissa käytettiin kokonaislauseita, jotta teksti olisi mahdollisimman selkeää. Tekijän kokemuksen mukaan muistiinpanon kaltainen opintomateriaali voi olla hankala sisäistää. Auditiiviselle oppijalle tehtiin luentomateriaaleista äänitiedostot, jotka tallennettiin Adobe Connect -web-sovelluksella. Luentomateriaalin lisäksi laitettiin muutamia internetiin linkitettyjä videotallenteita. Videoista opiskelija saa täydentävää tietoa Parkinson-potilaan oireista. Osa videoista on englanninkielisiä, mutta ne ovat riittävän informatiivisia ilman suomenkielistä tekstitystäkin. Kurssialustalle tehtiin lisäksi oma erillinen osio, jolle laitettiin linkkejä yleishyödyllisille internet-sivustoille sekä muuta aiheeseen liittyvää materiaalia, esimerkiksi linkki Suomen Parkinson-liitto ry:n sivustoille.

Luentomateriaalissa käytetyt kuvat kopioitiin enimmäkseen ilmaisia kuvia ylläpitävältä Pixabay-verkkosivustolta. Kuvat muokattiin luentomateriaaliin sopiviksi taustakuviksi. Pieni osa kuvista muokattiin itse otetuista valokuvista. Myös Moodle-verkkoalustalle linkitetyt kuvat otettiin Pixabay-verkkosivustolta. Kuvat pyrittiin valitsemaan aihealueittain tekstiin sopiviksi, esimerkiksi lääkeaiheisia kuvia käytettiin lääkehoitoa käsittelevän tekstin yhteydessä.

Kurssiin liittyvä osaamisen testin väitteet tehtiin kokonaan luentomateriaalin pohjalta. Testi tehtiin käyttäen väitteitä, jolloin opiskelijan tuli valita oikeat vaihtoehdot annetuista 30 väitteestä (KUVA 4). Tämä kysymystyyppi nähtiin parhaana vaihtoehtona opiskelijalle nopeaan ja vaivattomaan testin tekemiseen. Samalla koko kurssin sisältö kertautuu opiskelijalle, ja hän pääsee myös soveltamaan oppimaansa. Opettajan näkökulmasta lähinnä resurssien rajallisuus määritteli tämän testin toteuttamistavan. Tentin tekemiseen määriteltiin 15 minuutin aikaraja. Opiskelijoiden erityistarpeet, kuten lukihäiriö, huomioitiin osaamisen testissä antamalla heille kaksi kertaa enemmän aikaa tehdä testi.

Testin maksimipistemäärä on 30 pistettä. Hyväksytyyn suoritukseen pitää saada vähintään 60 % pisteistä eli 18 pistettä. Testin pisteytys määriteltiin niin, että väärä tai puuttuva vastaus vähentää 20 % kutakin väärää vastausta kohden. Testin lopuksi opiskelija saa palautteen testin läpäisemisestä sekä näkee yhteenvedon vastauksistaan. Yhteenvedossa näkyvät myös oikeat vastausvaihtoehdot. Jos testi on hylätty, opiskelijalla on mahdollisuus tehdä testi uudestaan aikaisintaan 2 tunnin kuluttua.



KUVA 4. Näkymä osaamisen testistä.

Opiskelijat saivat opettajalta ohjausta verkko-opiskeluun. Kurssin toteutuksesta laadittiin opiskelijoille lyhyt tiedote (LIITE 5). Kurssitiedote jaettiin opintojakson vastuuopettajan toimesta opintojakson aloitustilaisuudessa.

Lisäksi kurssin opettajien nimet sekä heidän sähköpostiosoitteensa laitettiin verkkokurssin tiedote-osioon.

8.3 Tuotoksen arviointi

Palautelomakkeen suunnittelussa on otettava huomioon monia asioita. Lomakkeen on oltava kohtuullisen pituinen ja ulkoasun selkeä, jotta vastaaja haluaa vastata siihen. Lomakkeen tulisi olla tutkittavan asian kannalta riittävän kattava. Samalla kysymysten pitäisi olla yksinkertaisia ja helpotajuisia. Lomakkeen alkuun kannattaa laittaa kysymyksiä, joihin on helppo vastata. Lomakkeeseen kannattaa aina laittaa mahdollisimman tarkat vastausohjeet. Asenteita mitataan usein saman mielisyyttä mittavalla Likert-asteikolla. (KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto 2010.)

Verkkokurssin testaamisen tekee ensimmäinen verkkokurssin suorittanut opiskelijaryhmä. Opiskelijoille laadittiin palautelomake (LIITE 6), jonka pohjalta verkkokurssia voitaisiin kehittää. Palautelomakkeen avulla haluttiin selvittää opiskelijoiden näkemys verkkokurssin hyödyllisyydestä, sisällöstä ja toteutuksesta. Palautelomake pyrittiin tekemään mahdollisimman helpoksi ja nopeaksi vastata. Tällä tavalla arvioitiin saatavan enemmän palautetta. Vastausvaihtoehtojen lisäksi jätettiin tilaa vapaan, sanallisen palautteen antamista varten. Palautelomake päätettiin tehdä manuaalisena versiona, sillä verkkokyselynä vastausten määrän arveltiin jäävän pieneksi.

Opintomodulin opettaja jakaa palautelomakkeen moduulin aikana pidettävän lähiopetustunnin yhteydessä. Lomake on tarkoitus täyttää oppitunnin aikana ja palauttaa opettajalle tunnin päätyttyä. Opinnäytetyön raportti lähetettiin arvioitavaksi ennen opiskelijoiden antamaa palautetta. Tämän vuoksi palauteyhteenvedosta ei ole mainintaa opinnäytetyön raportissa. Opinnäytetyön tekijä tekee ne muutokset, jotka ovat hänen toimestaan heti tehtävissä. Palautteen yhteenveto toimitetaan Lahden ammattikorkeakoulun kyseisen opintomodulin opettajille tiedoksi ja mahdollisia toimenpiteitä varten tulevia opiskelijoita ajatellen.

9 OPINNÄYTETYÖN ARVIOINTI

9.1 Pohdinta

Verkkokurssin tekeminen osoittautui hyväksi valinnaksi opinnäytetyön muotona. Sisällöstä tuli monipuolisempi kuin opinnäytetyön tekijä oli osannut alun perin olettaa. Opinnäytetyöllä ei ollut toimeksiantajaa, mikä antoi tekijälle vapauden päättää kurssin sisällöstä ja verkkoalustan muoto-seikoista. Kurssi toteutettiin opettajan näkökulmasta, minkä tekijä koki opinnäytetyön haasteellisimmaksi asiaksi. Opettajan rooli ja siihen kuuluvat vaiheet olivat tekijälle entuudestaan tuntemattomia. Opettajan odotetaan olevan innovatiivinen ja kyvykäs tarjoamaan opiskelijoille vaihtoehtoisia ja moderneja menetelmiä verkossa opiskeluun. Ensikertalaisena verkkokurssin toteuttajana työn tekijä tutustui pinnallisesti muutamiin uutuuksiin, mutta päätyi kuitenkin käyttämään tutumpia vaihtoehtoja. Myös Moodlen käyttö opettajan roolissa oli joiltain osin haasteellista; verkkoalusta on hyvin moniulotteinen ja sen käyttäminen vei paljon aikaa. Esimerkiksi osaamisen testin tekeminen oli haastava, vaikka testissä käytettiin paljon oletusarvoja ja valmista pohjaa.

Opiskelijalle verkossa opiskelun haasteena voi olla sovellusten paljous ja niiden toimimattomuus. Vaikka opiskelija voi yleensä itse määrittää ajan ja paikan verkko-opintojen suorittamiseen, edellytyksenä opiskelulle on kuitenkin toimivat verkkoyhteydet. Vaikeudet verkkoyhteyksien tai sovellusten kanssa voivat viedä odottamattoman paljon aikaa. Myös huonolaatuinen oppimateriaali voi turhauttaa ja laskea opiskelijan motivaatiota. Lisäksi opiskelija ei saa mahdollisiin kurssin sisältöön liittyviin kysymyksiin vastausta heti. Opettajan ei voida olettaa olevan koko ajan opiskelijoiden käytettävissä. Ongelmatilanteissa opiskelija voi tuntea olevansa yksin, ellei hän ole verkostoitunut muiden opiskelijoiden kanssa.

Opinnäytetyön lähdemateriaalia etsittäessä kävi ilmi, että Parkinsonin tautia on tutkittu hyvin paljon, etenkin taudin etiologiaa sekä lääkitykseen ja parantamiskeinojen selvittämiseen liittyviä kysymyksiä. Hoitotyön osalta tieteellinen tutkimus on ollut vähäistä. Opinnäytetyön tekijälle jäi mielikuva,

että vain yleisimmin esiintyvistä tai helpoiten tutkittavissa olevista oireista on tehty luotettaviksi määriteltyjä tutkimuksia. Etenkään suomenkielisiä hoitotieteellisiä tutkimuksia ei löytynyt. Ilahduttavaa oli kuitenkin Käypä hoito -suosituksen kattava sisältö, jossa tietoa oli myös hoitotyön osalta. Toisaalta Parkinsonin taudin oireiden kirjo on hyvin laaja, joten kaikkia oireita ei olisi voitu käsitellä tässä opinnäytetyössä. Näin ollen tekijä päätyi rajaamaan työn sisällön pääoireiden lisäksi näkemyksensä mukaan taudin keskeisimpiin ei-motorisiin oireisiin.

Hoitotyössä pyritään toteuttamaan näyttöön perustuvia hoitotoimia. Tähän opinnäytetyöhön löydetty hoitotyön keinot tuntuivat tekijästä melko vähäisiltä oireiden määrään suhteutettuna. Hoitotyön haastetta lisää myös yksilölliset erot oireiden sekä taudin etenemisen suhteen. Yleisellä tasolla ajatellen hoitotyö on parhaimmillaan silloin, kun hoitaja pystyy soveltamaan hoitotoimia potilaskohtaisesti. Parkinson-potilasta hoidettaessa soveltamista tarvitaan paljon. Hoitajalta edellytetään myös ennakoluulotonta asennetta uusien keinojen kokeilemiseen.

9.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattamista tutkimusprosessin alusta loppuun asti. Tällöin tutkija käyttää tiedeyhteisön yleisesti hyväksymiä tiedonhankinta ja -tutkimusmenetelmiä. Hän myös pystyy osoittamaan hallitsevansa edellä mainittuja menetelmiä sekä niillä hankittuja tuloksia. Lisäksi lähteen luotettavuus on aina tarkistettava. (Vilkkä 2005.)

Eettisestä näkökulmasta katsottuna opinnäytetyön aihe on tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Sairaanhoidaja kohtaa Parkinson-potilaita erilaisissa hoitoyksiköissä. Opinnäytetyön tekijä on opintoihinsa kuuluvien harjoitteluiden aikana hoitanut Parkinson-potilaita hoivapalveluiden, eri alojen vuodeosastojen ja avohoidon yksiköissä. Lisäksi asiantuntijoiden arvioiden mukaan eliniänodotteen noustessa Parkinson-potilaiden määrä tulee lisääntymään. Tämän vuoksi tietoisuutta taudista ja sen hoitotyöstä on hyvä huomioida hoitotyön koulutusohjelmassa.

Tässä opinnäytetyössä ei ole esitetty suoria lainauksia. Raportin teksti on kirjoitettu asianmukaisesti Lahden ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti lähdeviitteitä käyttäen. Lähdemateriaalin tekstin sisältö ja merkitys ovat pysyneet muuttumattomina. Raportti sisältää selvityksen tiedonhankinnasta, josta liitteenä on tiedonhankintataulukko.

Työn sisällön luotettavuutta voitaneen kyseenalaistaa niiltä kohdin, joissa on käytetty esimerkiksi yhdistyksen internet-sivustoilla olevaa tietoa, kuten Suomen Parkinson-säätiö. Tekijä on harkinnanvaraisesti käyttänyt lähteenä myös tällaista vähemmän luotettavaa materiaalia, sillä tekstin kirjoittajat ovat olleet alan asiantuntijoita. Asiantuntijuus ei luonnollisesti poista virheen mahdollisuutta. Poimittua tietoa on kuitenkin tukenut toisessa, luotettavassa lähteessä ollut maininta. Opinnäytetyön tekijöitä oli vain yksi, mikä voi heikentää objektiivisuutta ainakin aiheen rajaamisen suhteen. Myös pohdinta ja kriittinen ajattelu jäivät tällöin yksipuolisiksi.

9.3 Tuotoksen hyödyt ja jatkotutkimusideat

Hoitotyön keinot ovat usein pieniä, esimerkiksi puoli-istuva asento ruokailun jälkeen tai huomiotavat seikat nielemisvaikeuksiin liittyen. Nämä voivat tuntua itsestään selviltä asioilta, mutta usein ne hoitotyössä voivat unohtua. Tämän vuoksi pienetkin hoidolliset keinot on hyvä tuoda esille pitkin matkaa, niin opintojen aikana kuin työssäkin. Kurssimateriaalia voidaan hyödyntää myös työpaikoilla täydennyskoulutuksissa.

Opinnäytetyön suunnitelmaseminaarissa esitettiin jatkoidea verkkokurssin laajentamisesta myös muille opinaloille. Seuraava verkkokurssi voisi olla yhteinen sairaanhoitaja-, fysioterapeutti- ja sosionomiopiskelijoille. Toisenlainen toiminnallinen opinnäytetyö voisi olla videomateriaalin tuottaminen esimerkiksi Parkinson-potilaan kuntoutukseen liittyen. Myös Parkinson-potilaan toimintakykyä tukeva hoitotyö olisi hyödyllinen jatkotutkimuskohde, ja myös sen voisi toteuttaa useamman alan näkökulmasta. Erityisesti ei-motorisiin oireisiin pitäisi kiinnittää huomiota, sillä niiden huomioiminen on erityisen vähäistä.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2014. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Atula, S. 2015. Tietoa potilaalle: Parkinsonin tauti. [viitattu 30.12.2015]. Duodecim Terveysportti – Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi>.

Chen, Z. 2014. Parkinson's Disease: Occupational Therapy-Related Treatment. [viitattu 4.1.2016]. The Joanna Briggs Institute EBP Database. Saatavissa: <http://ovidsp.uk.ovid.com>.

Dao Le, L. K. 2015. Treatment of Depression: People with Parkinson's Disease. [viitattu 4.1.2016]. The Joanna Briggs Institute EBP Database. Saatavissa: <http://ovidsp.uk.ovid.com>.

EPDA. 2010. European Parkinson's Disease Association. Elämää Parkinsonin taudin kanssa. [viitattu 7.2.2016]. Saatavissa: https://www.parkinson.fi/sites/default/files/elamaa_parkinson_epda.pdf.

Goodwin, V. A., Richards, S. H., Taylor R. S., Taylor A. H. & Campbell, J. L. 2008. The Effectiveness of Exercise Interventions for People with Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. Movement Disorders Vol. 23, No. 5, 2008.

Gordin, A. & Kaakkola, S. 2013. Liikehäiriöistä riippumattomat Parkinsonin taudin oireet. [viitattu 19.1.2016]. Suomen Parkinson-säätiö. Saatavissa: <https://www.parkinsonsaatio.fi/parkinsonin-tauti/artikkelit/liikehairioista-riippumattomat-parkinsonin-taudin-oireet>.

Heikkinen, E., Erola, T., Tuominen, J., Juolasmaa, A., Haapaniemi, T. & Myllylä, V. 2004. Parkinsonin taudin sähköstimulaatiohoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2004; 120, 789 – 796.

Hyppönen, O. & Lindén, S. 2009. Opettajan käsikirja – opintojaksojen rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi. Espoo: Teknillinen korkeakoulu, Opetuksen ja opiskelun tuki.

Jyväskylän yliopiston Koppa. 2011. Oppimisen eri tyylit ja strategiat. [viitattu 12.1.2016]. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/mit/oppimisesta-ja-opettamisesta>.

Järvinen, H. 2012. Parkinsonin taudin oireet ja lääkehoito – tutkimus Kuopion Lääkeinformaatiokeskukseen tulleista Parkinson-lääkkeitä koskevista kysymyksistä. Farmakologian Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen Yliopisto, terveystieteiden tiedekunta.

Kaakkola, S. 2016. Parkinsonin taudin historiaa. [viitattu 29.12.2015]. Suomen Parkinson-säätiö. Saatavissa: <https://www.parkinsonsaatio.fi>

Kaasinen, V., Kärppä, M., Lyytinen, J., Ahonen, J-P. & Pekkonen, E. 2015. Kajoavat hoidot Parkinsonin taudissa – kenelle ja milloin? Suomen Lääkärilehti 16/2015 vsk 70.

Kaesler-Smith, C. 2015. Parkinson's Disease: Dysphagia. [viitattu 4.1.2016]. The Joanna Briggs Institute EBP Database. Saatavissa: <http://ovidsp.uk.ovid.com>.

Karevaara, S. 2009. Moodlen perusteet. Opettajan ja opiskelijan opas. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Karevaara, S. 2013. Moodle 2. Oy Finnlectura Ab.

Karjalainen, A., Alha, K. & Jutila, S. 2007. Anna aikaa ajatella. Suomalais-ten yliopisto-opintojen mitoitustijärjestelmä. Oulun yliopisto.

Kianta, M. & Pietilä, S. 2015. Parkinsonin tauti. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Tampere: Tampereen yliopisto, Lääketieteen yksikkö.

Kinos, S., Martikainen, K. & Marttila, R. 2011. Seurantatutkimus moniammatillisen kuntoutusryhmän tekemien suositusten toteutumisesta Parkin-

son-potilailla. [viitattu 7.1.2016]. Saatavissa:

<http://www.kuntoutussaatio.fi/files/1146/kuntoutus-411-pdf-final.pdf>.

Kunnari, L. 2013. Parkinsonin tauti. [viitattu 30.12.2015]. Duodecim Terveysportti – Sairaanhoidajan tietokannat, Anestesiahoitajan käsikirja. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi>.

Kuopio, A-M. 2015. Parkinsonin tauti. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 524 – 528.

KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. 2010. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [viitattu 20.10.2016]. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.

Kärppä, M. 2009. Milloin on syytä epäillä Parkinsonin tautia? Suomen Lääkärilehti 50/2009 vsk 64, 4345 – 4349.

Laitinen-Väänänen, S. 2016. Sosiaali ja terveys: Sparraus 26.9.2016. Luentomateriaali. Jyväskylä: Jyväskylän ammatillinen opettajakorkeakoulu.

LAMK. 2014. Lahden ammattikorkeakoulu. Sairaanhoidajakoulutus. Opetussuunnitelma 2014 – 2015. [viitattu 11.10.2016]. Lahden ammattikorkeakoulu. Saatavissa: <http://www.lamk.fi/opiskelijalle/opinto-opas/Documents/ops1415-st-sairaanhoitaja.pdf>.

Lindahl, A.J. & MacMahon, D. 2011. Parkinson's: treating the symptoms. British Journal of Nursing, 2011, Vol 12, No 14, 852 – 857.

Lyytinen, J. & Kaakkola, S. 2008. Parkinsonin tauti – paljon muutakin kuin motoriikkaa. Duodecim 2008; 124, 2807 – 2814.

Martikainen, K. 2016. Parkinson-potilaan hoitopolku perusterveydennuollossa. Suomen Lääkärilehti 8/2016 vsk 71, 567 – 569.

Marttila, R. 2009. Parkinsonin tauti. [viitattu 19.1.2016]. Duodecim Terveysportti – Sairaanhoidajan tietokannat, Sairauksien ehkäisy. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi>.

Mänty, I. & Nissinen, P. 2005. Ideasta toteutukseen – verkko-opetuksen suunnittelu ja hallinta. Helsinki: Laurea-ammattikorkeakoulu.

Nevalainen, L. 2014. Parkinsonin tautia sairastavan potilaan hoito. [viitattu 19.1.2016]. Duodecim Terveysportti – Sairaanhoidajan tietokannat, Sairaanhoidajan käsikirja. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi>.

Niinimäki, J. 2003. Verkko-opetus ammattikorkeakoulussa – katsaus pedagogisiin malleihin ja toiminnan organisointiin. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy -opas. [viitattu 19.1.2016]. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/THL_Opas_16_verkko.pdf?sequence=1.

Parkinsonin tauti. 2015. Käypähoito. Suositukset. Parkinsonin tauti. [viitattu 29.12.2015]. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50042>.

Pekkonen, E. 2008. Levodopainfuusio ja apomorfiini Parkinsonin taudin hoidossa. Duodecim 2008; 124, 402 – 409.

Pekkonen, E. 2013. Syväaivostimulaatio neurologisissa sairauksissa. Duodecim 2013; 129, 481 – 488.

Ray, S. 2014. Hallucinations: Clinician Information. [viitattu 4.1.2016]. The Joanna Briggs Institute EBP Database. Saatavissa: <http://ovidsp.uk.ovid.com>.

Rogers, M. & Guthrie, S. 2013. Occupational Therapy Intervention: Parkinson's disease. [viitattu 4.1.2016]. The Joanna Briggs Institute EBP Database. Saatavissa: <http://ovidsp.uk.ovid.com>.

Ruottinen, H. 2015. Parkinsonin tautiin liittyvät muut kognitiiviset ja psykiatriset oireet. [viitattu 29.12.2015]. Duodecim – Käypä hoito. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02216&suositusid=hoi50042>.

Saarto, T. 2015. Palliatiivisen hoidon tarkoitus. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10.

Sihvonen, A.J., Leo, V., Särkämö, T. & Soinila, S. 2014. Musiikin vaikuttavuus aivojen kuntoutuksessa. Duodecim 2014; 130, 1852 – 1860.

Sutton, M. 2013. Parkinson's Disease: Combination of Exercise Programs. [viitattu 4.1.2016]. The Joanna Briggs Institute EBP Database. Saatavissa: <http://ovidsp.uk.ovid.com>.

Thomas, S. 2006. "Get it on time" campaign. Nursing older people 03/2006, Vol 18, No 2, 8.

Toljamo, M., Hentinen, M., Jämsä, T., Heikkinen, T., Hiltunen, A. & Järvinmäki, L. 2003. Parkinsonin tautia sairastavien elämänlaatu. Hoitotiede 6/2003 Vol 15, 251 – 263.

Vataja, R. 2008. Parkinsonin taudin neuropsykiatriset oireet. Suomen Lääkärilehti 9/2008 vsk 63, 835 – 840.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. 2005. Tutkimusmetodeja ammattilaiselle kentälle. [viitattu 20.10.2016]. Saatavissa: <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-kehita.pdf>.

Wosinski, J., Delmas, P., Bouwers, B., Stormacq, C. & Kiszio, B. 2015. Feasibility, appropriateness, meaningfulness and effectiveness of nursing interventions on the well-being of people with Parkinson's disease and their caregivers living in the community: a mixed-methods systematic review protocol. [viitattu 29.12.2015]. The Joanna Briggs Institute – JBI Library. Saatavissa: <http://journals.lww.com/jbisrir/pages/default.aspx>

LIITTEET

LIITE 1. Tiedonhankinta-taulukko

LIITE 2. Opetussuunnitelma Parkinsonin tautia sairastavan potilaan hoitotyö -kurssista

LIITE 3. Parkinsonin tautia sairastavan hoitotyö -kurssin teemat

LIITE 4. Karjalainen – Alha – Jutila 2007: Opintojakson mitoitus

LIITE 5. Kurssitiedote opiskelijoille

LIITE 6. Verkkokurssin palautelomake

LIITE 1. Tiedonhankinta

Haun ajan- kohta	Tiedon- haku- palvelu	Hakutermit	Haku- tulos/ Valittu määrä	Valitut lähteet	Lähteen ydin- sisältö
29.12.2015	Cinahl (EBSCO)	Parkinson di- sease nursing	11/2	Lindahl, A.J. & MacMahon, D. 2011. Parkinson's: treating the symp- toms. British Jour- nal of Nursing, 2011, Vol 12, No 14, 852 – 857.	lääke-, holisti- nen sekä kirur- ginen hoito
				Thomas, S. 2006. "Get it on time" campaign. Nursing older people 03/2006, Vol 18, No 2.	lääkkeenoton ajoituksen tär- keys
	Google Scholar	JB1 Parkinson's disease nur- sing	171/1	Wosinski, J., Del- mas, P., Bouwers, B., Stormacq, C. & Kiszio, B. 2015. Feasibility, appro- priateness, mean- ingfulness and ef- fectiveness of nursing interven- tions on the well- being of people with Parkinson's disease and their caregivers living in the community: a mixed-methods systematic review protocol. The Joanna Briggs Institute – JB1 Lib- rary.	Parkinson- potilaiden hoito- työn tehokkuu- den tunnistami- nen

		ammattikorkeakoulu "verkko-opetus"	832/1	Mänty, I. & Nissinen, P. 2005. Ideasta toteutukseen – verkko-opetuksen suunnittelu ja hallinta. Helsinki: Laurea-ammattikorkeakoulu.	verkko-opetuksen suunnittelu ja hallinta
	Masto-Finna	Moodle verkkokurssi	8/2	Karevaara, S. 2009. Moodlen perusteet – Opetajan ja opiskelijan opas. Tampere: Oy Finn Lectura Ab.	Moodlen perusteet
				Karevaara, S. 2013. Moodle 2. Oy Finnlectura Ab.	Moodlen perusteet versioon 2.4 asti
30.12.2015	Terveysportti	parkinsonin tauti	200/4	Atula, S. 2015. Tietoa potilaalle: Parkinsonin tauti. Duodecim Terveysportti – Lääkärikirja Duodecim	Parkinsonin taudin oireet, syyt, taudin toteaminen, itsehoito ja terapiat, lääkehoito, ehkäisy
				Kunnari, L. 2013. Parkinsonin tauti. Duodecim Terveysportti – Sairaanhoidajan tietokannat, Anestesiahoitajan käsikirja.	hoito, valmistelu ja tutkimukset, anestesia
				Marttila, R. 2009. Parkinsonin tauti. Duodecim Terveysportti – Sairaanhoidajan tietokannat.	Esiintyminen, riskitekijät, ehkäisy ja seulonta, toimenpiteet

				Nevalainen, L. 2014. Parkinsonin tautia sairastavan potilaan hoito. Duodecim Terveysportti – Sairaanhoidajan tietokannat	Parkinson-potilaan tarkkailu, lääke- ja kirurginen hoito, ohjaus
	Medic	parkinson* AND hoit* AND kuntout*	4/2	Kaasinen, V., Kärppä, M., Lyytinen, J., Ahonen, J-P. & Pekkonen, E. 2015. Kajoavat hoidot Parkinsonin taudissa – kenelle ja milloin? Suomen Lääkärilehti 16/2015 vsk 70.	Suomessa käytettävät kajoavat hoitomuodot ja niiden oikea-aikaisuus
				Sihvonen, A.J., Leo, V., Särkämö, T. & Soinila, S. 2014. Musiikin vaikuttavuus aivojen kuntoutuksessa. Duodecim 2014:130.	Musiikin kuntouttava vaikutus aivoihin
4.1.2016	Ovid	parkinson disease	59/6	Chen, Z. 2014. Parkinson's Disease: Occupational Therapy-Related Treatment. The Joanna Briggs Institute EBP Database.	Toimintaterapian hyödyt
				Kaesler-Smith, C. 2015. Parkinson's Disease: Dysphagia. The Joanna Briggs Institute EBP Database.	Nielemishäiriöt

				Dao Le, L. K. 2015. Treatment of Depression: People with Parkinson's Disease. The Joanna Briggs Institute EBP Database.	Masennuksen hoito
				Ray, S. 2014. Hallucinations: Clinician Information. The Joanna Briggs Institute EBP Database.	Hallusinaatiot
				Rogers, M. & Guthrie, S. 2013. Occupational Therapy Intervention: Parkinson's disease. The Joanna Briggs Institute EBP Database	Toimintaterapian hyödyt
				Sutton, M. 2013. Parkinson's Disease: Combination of Exercise Programs. The Joanna Briggs Institute EBP Database.	Liikunnan hyödyt
10.1.2016	Medic - Asia-sanat	dysphagia	23/0		
		apatia	0/0		
		ahdistus (asiasana) AND parkinson*	3/1	Vataja, R. 2008. Parkinsonin taudin neuropsykiatriset oireet. Suomen Lääkärilehti 9/2008 vsk 63.	Parkinsonin taudin neuropsykiatriset oireet
		hallusinaatio	2/0		
		dementia (asiasana)	20/0		

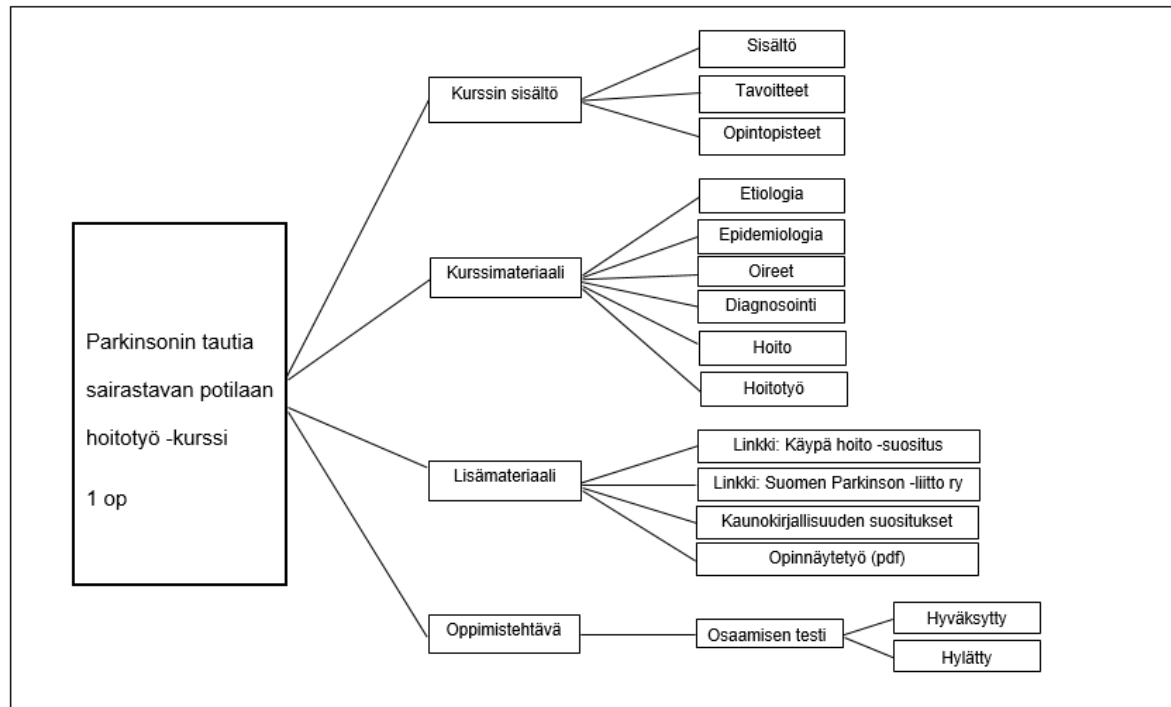
		AND parkinson*			
		ummetus (asiasana) AND parkinson*	1/1	Kärppä, M. 2009. Milloin on syytä epäillä Parkinsonin tautia? Suomen Lääkärilehti 50/2009 vsk 64.	Taudin monimuotoisuus, diagnosointi

LIITE 2. Opetussuunnitelma Parkinsonin tautia sairastavan potilaan hoitotyö -kurssista



TEEMA – ydinsisältö (aikaresurssi yht. 1 op)	Tavoitteet	Oppimiskysymykset	Opetusmenetelmä	Oppimisaineistot	Oppimisympäristö
TEEMA 1 – Kurssin sisältö: Parkinsonin taudin etiologia, oireet, epidemiologia, oireet, diagnosointi, hoito	Opiskelija osaa: tunnistaa Parkinsonin taudin pääoireet sekä muutamia yleisimpiä oireita; kertoa keskeisimmän Parkinsonin taudin lääkehoidosta; kuvata Parkinson- potilaan hyvää hoitotyötä			Verkkomateriaali	Verkko
TEEMA 2 – Parkinsonin tautia sairastavan potilaan hoitotyö - kurssimateriaali		Mikä on Parkinsonin taudin etiologia ja epidemiologia? Mitkä ovat Parkinsonin taudin yleisimmät oireet? Miten Parkinsonin tautia hoidetaan farmakologisesti? Mitä on Parkinsonin taudin hoitotyö?	Itsenäinen opiskelu	Verkkomateriaali: esitysgraafikkaohjelma, videomateriaali, kuvamateriaali	Verkko
TEEMA 3 – Lisämateriaali Parkinsonin tautiin liittyen			Itsenäinen opiskelu	Verkkomateriaali: esim. www-sivut Käypä hoito -suositus ja Suomen Parkinson- liitto ry, kaunokirjallisuuden suositukset, opinnäytetyö	Verkko
TEEMA 4 – Oppimistehtävä	Hyväksytty		Osaamisen testi		Verkko

LIITE 3



Kuvio 1. Parkinsonin tautia sairastavan hoitotyö -kurssin teemat

LIITE 4

OPINTOJAKSON MITOITUS Karjalainen-Alha-Jutila 2007		Vaativuus- kerroin / Maisteri- tutkinto																	
A) ESITTÄVÄ OPETUS Esittävä luento: 1:1 minimivaatimus (yhtä kontaktituntia vastaa yksi itsenäisen työskentelyn tunti) 1:3 hyvän oppimisen turvaaminen (yhtä kontaktituntia vastaa kolme itsenäisen työskentelyn tuntia) Esittävät harjoitukset: 1:2 (yhtä kontaktituntia vastaa kaksi itsenäisen työskentelyn tuntia jne.)		2																	
B) TOIMINNALLINEN OPETUS Aktivoiva luento: 1:2 Ohjatut harjoitukset: 1:3 Aktivoiva havainnollistaminen: käytäntöön tutustuttava: 1:1 ; teorian ja käytännön suhdetta syventävä: 1:2 PBL 1:5 Seminaarit 1:2		2 (ei PBL)																	
C) TEHTÄVÄOHJATTU OPETUS Kirjallinen tuotos: 100 sanaa / tunti Artefakti: <i>Arvionvarainen</i> Esitettävä tuotos: <i>Arvionvarainen</i> Autenttinen tehtävä: <i>Arvionvarainen</i>		(2)																	
D) KIRJALLISUUTEEN PEREHTYMINEN Oheislukemisto: -sisältyy kontaktiopetuksen itsenäisen työn osuuteen Erillinen suoritus: helppo teksti: 100 sivua/ 20 tuntia, vaikea teksti: 100 sivua / 30 tuntia tai sanaperusteinen arvio kolmen lukukerran mukaisesti: 3 x oheisen taulukon tuottama lukuaika Tutkimuksellinen käyttö: 1x oheisen taulukon tuottama lukuaika		(2)																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">TEKSTIN LUONNE</th><th colspan="2">YMMÄRTÄVÄN LUKEMISEN NOPEUS: SANAA MINUUTISSA</th></tr> <tr> <th>matem.</th><th>ei-matem.</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Helppolukuinen</td><td>60</td><td>100</td></tr> <tr> <td>Kohtuullisen helppo-lukuinen</td><td>40</td><td>70</td></tr> <tr> <td>Vaastiva</td><td>25</td><td>40</td></tr> <tr> <td>Vaastiva matemaattinen lauseke</td><td>Minuutti jokais-ta lauseketta kohden.</td><td></td></tr> </tbody> </table>		TEKSTIN LUONNE	YMMÄRTÄVÄN LUKEMISEN NOPEUS: SANAA MINUUTISSA		matem.	ei-matem.	Helppolukuinen	60	100	Kohtuullisen helppo-lukuinen	40	70	Vaastiva	25	40	Vaastiva matemaattinen lauseke	Minuutti jokais-ta lauseketta kohden.		
TEKSTIN LUONNE	YMMÄRTÄVÄN LUKEMISEN NOPEUS: SANAA MINUUTISSA																		
	matem.	ei-matem.																	
Helppolukuinen	60	100																	
Kohtuullisen helppo-lukuinen	40	70																	
Vaastiva	25	40																	
Vaastiva matemaattinen lauseke	Minuutti jokais-ta lauseketta kohden.																		
E) VIRTUAALIOPETUS Oppimistehtävät, yhteydenpito ja kirjalliset tuotokset: 100sanaa/ tunti Kontaktiopetusosuudet (videoneuvottelut yms.): 1:2 Kirjallisuus ja oppimateriaali: ks. yllä kohta D Ohjelmistojen oppiminen: 8t/ohjelmisto		(2)																	
F) PERINTEINEN TENTTI 8 t: 40 t		2																	
G) TEHTÄVÄKSIANNOT ks. C ja D		(2)																	
h) JATKUVA ARVIOINTI ---		-																	

Hyvä LAMKin opiskelija,

Olen kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Lahden ammattikorkeakoulussa. Olen tehnyt opinnäytetyönäni verkkokurssin aiheesta Parkinsonin tautia sairastavan potilaan hoitotyö. Verkkokurssin tarkoituksena on tarjota tietoa Parkinsonin taudista ja sen hoitotyöstä Lahden ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoille.

Kurssi on osa nyt alkavaa Pitkäaikaissairaanhoidon osaamisen - toteutusta. Kurssiin kuuluu opintoja yhden opintopisteen verran. Kurssi sisältää luentomateriaalia Parkinsonin taudista, hoitotyöstä sekä potilaan hoitopolusta. Luentomateriaaleista on tehty myös äänitiedostot audiitiiviselle oppijalle. Lisäksi on aiheeseen liittyviä linkkejä internetiin ladattuihin videoihin. Lisämateriaalina löytyy myös linkkejä yleishyödyllisille internet-sivustoille sekä muuta aiheeseen liittyvää materiaalia. Kurssiin kuuluu myös osaamisen testi, joka löytyy kurssialustalta.

Kurssi ja siihen kuuluva osaamisen testi tulee tehdä 6.12.2016 mennessä. Verkkokurssiin liittyy oma erillinen palaute, jonka tekemistä ja palauttamista varten saat ohjeet myöhempanä ajankohtana.

Kurssin nimi: Parkinsonin tautia sairastavan potilaan hoitotyö 1 op – 2016

Kurssiavain: Parkki16S

Ystävällisin terveisin,

Anita Paloneva

Lahden ammattikorkeakoulu

Hoitajankatu 3, 15850 Lahti

LIITE 6

Sivu 1 / 2

Palautelomake Parkinsonin tautia sairastavan potilaan hoitotyö -verkkokurssista

Vastaamalla alla oleviin kysymyksiin annat kallisarvoista palautetta, jonka avulla voin arvioida verkkokurssin onnistumista ja hyödyntää palautettasi kurssin kehittämiseen.

Ympyröi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

1. Moodle-verkkoalusta

Verkkoalustan selkeys a) hyvä b) kohtalainen c) huono

Verkkoalustan ulkomuoto a) hyvä b) kohtalainen c) huono

Kommentteja:

2. Luentomateriaali

Luentomateriaalin selkeys a) hyvä b) kohtalainen c) huono

Luentomateriaalin ulkomuoto a) hyvä b) kohtalainen c) huono

Kommentteja:

3. Äänitiedostot

Äänitiedostojen selkeys a) hyvä b) kohtalainen c) huono

Kommentteja:

Palautelomake Parkinsonin tautia sairastavan potilaan hoitotyö -verkkokurssista

Ympyröi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

4. Muu kurssimateriaali

Kurssimateriaalin selkeys a) hyvä b) kohtalainen c) huono

Kurssimateriaalin ulkomuoto a) hyvä b) kohtalainen c) huono

Kommentteja:

Rastita oikeaa vaihtoehtoa vastaava numero. Vaihtoehdot ovat: 5 = täysin samaa mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä sekä 1 = täysin eri mieltä.

5. Mielestäni verkkokurssi oli hyödyllinen

Täysin samaa mieltä 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ Täysin eri mieltä

6. Mielestäni materiaali oli monipuolinen

Täysin samaa mieltä 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ Täysin eri mieltä

7. Mitä haluaisit muuttaa kurssin toteutuksessa?

Kiitos vastauksestasi 😊

Ystävällisin terveisin,

Anita Paloneva

Lahden ammattikorkeakoulu

Hoitajankatu 3, 15850 Lahti